

FeDerSerD

informa

n.15

Abstracts Lavori Sessione Poster

Ottobre 2010

IV CONGRESSO NAZIONALE A
PARTECIPAZIONE INTERNAZIONALE

consumi e dipendenze

mito
evidenze scientifiche
realtà organizzative

12-13-14-15 ottobre 2010

Palazzo dei Congressi
RIVA del GARDA - Trento

COMORBILITÀ E GIOCO PATOLOGICO: ESPERIENZA DEL DIPARTIMENTO DIPENDENZE PATOLOGICHE DI TARANTO

Ariano V.** , Taddeo M.*** , Fiorino A.**** ,
De Fazio S.***** , Simeone V.*

* Medico, Direttore Dipartimento Dipendenze
Patologiche (DDP) ASL Taranto.

** Medico, Responsabile Sezione Dipartimentale
Martina Franca-Massafra DDP ASL Taranto

*** Psicologo, Dipartimento Dipendenze Patologiche
ASL Taranto

**** Assistente Sociale, Dipartimento Dipendenze
Patologiche ASL Taranto

***** Medico, Sezione Dipartimentale Martina Franca-
Massafra DDP ASL Taranto

Area Tematica: Gambling

Introduzione

Il Gioco Patologico (PG) rientra tra i disturbi del controllo degli impulsi non classificati altrove (distinti dai disturbi ossessivo-compulsivi), nonostante ciò, alcuni degli items che lo definiscono, come il bisogno di investire quantità crescenti di denaro per raggiungere l'eccitazione desiderata (Tolleranza), la comparsa di irrequietezza o irritabilità quando il giocatore tenta di ridurre o interrompere il gioco (Astinenza), il tentativo senza successo di controllare, ridurre o interrompere il gioco (Compulsività), lo assimilano alla dipendenza da sostanze. Ciò è confermato anche dalla comune eziologia neurobiologica. Partendo da questi presupposti, numerosi sono gli studi della letteratura internazionale che evidenziano una comorbilità tra PG (Gioco Patologico) e Dipendenza da sostanze.

Obiettivo

Scopo del lavoro è stato quello di verificare in un campione riferito ad un Dipartimento Dipendenze Patologiche (DDP) all'interno del quale è presente una equipe che si occupa di Gioco Patologico, sia la comorbilità con dipendenza e patologia psichiatrica dei Giocatori Patologici, sia la comorbilità per gioco Patologico nei soggetti in carico ed in trattamento per dipendenza da sostanze e confrontarli con i dati della letteratura nazionale ed internazionale.

Materiali e Metodi

A tutti i soggetti è stato aperto un fascicolo personale che comprendeva la raccolta di dati anagrafici, sociali, psicologici, anamnestici riguardanti le pregresse patologie e l'uso di sostanze d'abuso al fine di evidenziare una eventuale comorbilità con altre dipendenze e/o con patologie psichiatriche. Il fascicolo presentava una parte dedicata alle caratteristiche del tipo di gioco, la frequenza e i debiti commessi a causa del gioco. Sono stati definiti come pazienti con

comorbilità psichiatrica quei soggetti con diagnosi e presa in carico da parte dei CSM territoriali.

Per la valutazione della dipendenza sono stati seguiti i criteri di classificazione del DSM IV. Per la definizione di Giocatore Patologico l'inquadramento diagnostico è stato fatto seguendo i criteri del DSM IV, mentre il livello PG è stato valutato associando i criteri del DSM IV con i risultati del SOGS. Livello 1: Gioco Sociale, livello 2: Gioco Problematico, livello 3: Gioco Patologico.

Risultati

L'osservazione ha riguardato due gruppi di pazienti: il primo comprendeva n°50 pazienti in trattamento farmacologico presso il Sert di Martina Franca (DDP Taranto), l'altro gruppo n°50 giocatori in carico per diagnosi primaria di PG presso l'equipe del DDP di Taranto. Il primo gruppo comprendeva 7 femmine e 43 maschi, il secondo 4 femmine e 46 maschi. I soggetti con PG presentavano una comorbilità psichiatrica nel 22% dei casi. Il 3% presentava disturbi del comportamento sessuale. Il 32% presentava disturbo da uso di sostanze (11% cocaina, 7% Cannabinoidi, 14% Alcol, è stato escluso il fumo di tabacco). Nel Gruppo dei soggetti in trattamento presso il Sert il 14% presentava una dipendenza da gioco.

Conclusioni

La prevalenza dei PG nel campione di n°50 pazienti con dipendenza da sostanza in trattamento presso il SerT di Martina Franca è del 14%, verso il 20% della letteratura nazionale (Capitanucci e alt. 2001) ed il 11-16% della letteratura internazionale (Shaffer 2002).

I Soggetti con disordine da uso di sostanze risulta il 32% nel campione di n°50 Giocatori Patologici.

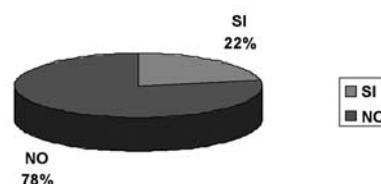
Una comorbilità psichiatrica era presente nel 22% dello Stesso campione verso dati di letteratura che oscillano dal 40 al 60%.

Emerge quindi la necessità di standardizzare i processi diagnostici, i criteri di inclusione e gli strumenti di valutazione ed incentivare studi finalizzati ad una migliore conoscenza delle caratteristiche del fenomeno con la particolare attenzione alla comorbilità nel Gioco Patologico.

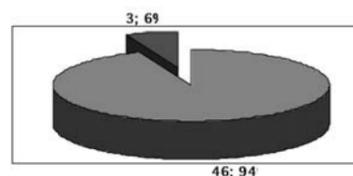


PRESENZA DI PATOLOGIA PSICHIATRICA

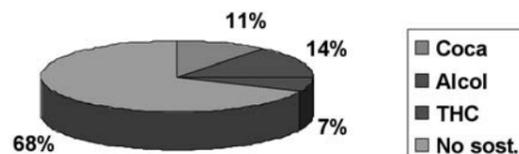
Esperienza DDP Taranto



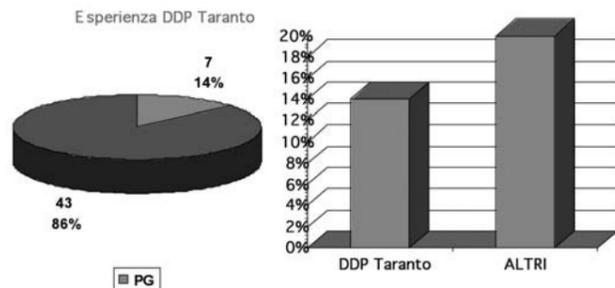
PG E DISTURBI DEL COMPORTAMENTO SESSUALE
Esperienza DDP Taranto



PG ED USO ALTRE SOSTANZE
Esperienza DDP Taranto



Prevalenza di PG nei Pazienti in Car per Dipendenza da Sostanze
Esperienza DDP Taranto



Bibliografia
Shaffer H J, Korn D A, *Gambling and related mental disorders: A public health analysis - 2002*
Capelli M, Capitanucci D, Prestipino A, Mangili R, Cheli F, *La comorbilità con il gambling in soggetti eroinomani. Risultati di una ricerca multicentrica-2001*
Perty N M, Stinson F S, Grant B F, *Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions - 2005*

IL SOGNO LUCIDO: LA KETAMINA PER MIGLIORARE LE PERFORMANCES DA COCAINA

Asturaro E.*, Barretta V.**, Nicotra F.*, Curcio F.**, Auriemma F.***
*Dirigente Psicologo U.O. Ser.T. 25 ASL Napoli 1 Centro
**Specialista Ambulatoriale Psichiatria U.O. Ser.T. 25 ASL Napoli 1 Centro
***Specialista Ambulatoriale Igiene e Medicina Preventiva U.O. Ser.T. 31 ASL Napoli 1 Centro
****Responsabile U.O. Ser.T. 25 ASL Napoli 1 Centro

Premessa

Ad un'analisi dei casi osservati nella pratica clinica è possibile rilevare che soggetti abusatori di cocaina possono utilizzare a scopo ricreazionale bassi dosaggi di ketamina durante il fine settimana per contrastare gli effetti indesiderati della cocaina: effetti paranoidei, rigidità muscolare, tendenza all'isolamento, difficoltà nella comunicazione verbale.

Dal punto di vista tossicomano la ketamina, derivato dalla fenciclidina, agisce primariamente come antagonista non competitivo dei recettori N-metil-D-Aspartato (NMDA) per il glutammato; essa è utilizzata per gli effetti psichedelici (anestesia dissociativa che produce uno stato di incoscienza, nel quale la persona non dorme, ma viene "scollegata" dal suo corpo e dall'ambiente circostante). Attualmente viene riferito l'utilizzo sotto forma di pasticche, spesso confuse con l'ecstasy, come "sostanza da ballo", allo scopo di reggere la fatica di tutta la notte in discoteca. Oppure, utilizzata per via inalatoria, a basso dosaggio, è in grado di produrre distorsioni percettive moderate ed una scoordinazione motoria. Le svariate sensazioni che i consumatori provano sono frutto delle variabili dello stato fisico, emozionale e cognitivo della persona, nonché del contesto che risulta determinante nella modulazione dell'esperienza prodotta dalla droga (set e setting). Il dosaggio e la modalità di assunzione ne influenzano sostanzialmente l'azione: in 10-45 minuti, si ottengono effetti come in un "sogno lucido"; in relazione al dosaggio consumato si parla di "stati ketaminici": (i) euforia e stimolazione leggera; (ii) forte euforia; (iii) allucinazione dissociativa leggera; (iiii) allucinazione dissociativa forte, o K hole. Le dosi: per os occorrono circa 300 mg. per un effetto piacevole e duraturo; per via inalatoria circa 200 mg. producono forti effetti psichedelici, di breve durata. La via intramuscolare richiede dosi intorno a 100 mg. per effetti psichedelici di circa una ora. Per via endovenosa la dose di 50/100 mg. produce gli stessi effetti, di durata minore e più intensi. Anche l'uso concomitante di altre sostanze psicoattive ne varia gli effetti: l'uso di ketamina ed ecstasy annulla l'effetto anestetico. L'insorgenza di tolleranza e dipendenza psicologica è correlata alla frequenza del consumo. In letteratura

vengono segnalati casi di tolleranza significativa per la sostanza, senza evidenti sintomi di astinenza. Tra gli effetti della ketamina è opportuno ricordare anche quelli secondari, quali vertigini, disartria, sensazione di freddo, prurito, diarrea, nonché, a livello dell'area ano-rettale, la defecazione involontaria. "Ad un tratto il cervello si blocca, si paralizza, non capisci più niente, si sente un formicolio per tutto il corpo, si perde la nozione dello spazio, le forme partono dai suoni che si sentono. Ci si sente come un robot fuori controllo, ma elastici e flessibili. A livello fisico le sensazioni assomigliano a quelle della cocaina a basse dosi".

Storia clinica

S.S. età all'inizio della terapia: 25 anni, diploma superiore, disoccupato.

Si presenta al Ser.T. accompagnato dal padre dopo 7 anni di utilizzo di cocaina; la modalità d'uso è progressivamente crescente con una fase iniziale sporadica e, dopo 4 anni abusa quotidianamente elevati dosaggi della sostanza. La scoperta da parte dei genitori dell'uso di cocaina da parte di S.S., a circa 25 anni, è risultato in un utilizzo massiccio della cocaina con totale perdita del controllo e conseguente alterazione dei rapporti familiari. L'assistito, al fine di annullare gli effetti collaterali della cocaina (rigidità muscolare, difficoltà dell'eloquio, effetti paranoidei...) comincia ad utilizzare ketamina sniffata, precedentemente "testata" nel corso di una serata in discoteca. A questo punto giunge alla nostra osservazione, costretto dai genitori; S.S. non sembra essere seriamente motivato ad affrontare un percorso terapeutico: il suo obiettivo è quello di riuscire a controllare l'utilizzo di cocaina (come all'inizio della sua storia) limitandolo al fine settimana. Comincia esami tossicologici urinari e colloqui di sostegno psicologico con indirizzo cognitivo comportamentale con cadenza settimanale. Agli appuntamenti previsti S.S. si presenta regolarmente e nei primi tre mesi gli esami tossicologici risultano costantemente negativi per la ricerca dei metaboliti della cocaina. In questa fase migliorano i rapporti familiari e S.S. comincia a lavorare nell'azienda di famiglia.

Presenta la prima ricaduta nell'abuso di cocaina (dosi massicce) al quarto mese di terapia. Al proposito, si interviene intensamente sul significato dell'episodio, attribuito dal paziente alla disponibilità economica sopraggiunta ed all'incapacità di resistere al craving. La storia clinica di S.S. è cosparca di episodi simili, in cui lunghi periodi di astinenza si alternano con ricadute intense e di breve durata. Da un anno il soggetto è completamente astinente dall'uso di cocaina, ma circa 2-3 volte al mese (in occasione di serate in discoteca) assume ketamina in dosi medie per via inalatoria, tali da consentirgli di ballare per molte ore in uno stato di alterazione della coscienza.

Al soggetto è stato somministrato il questionario A/7 per i disturbi di personalità all'ingresso e successivamente il paziente è stato rivalutato con lo stesso strumento psicodiagnostico. La rivalutazione è stata effettuata in una fase di astinenza da cocaina ed utilizzo sporadico di ketamina.

Valutazione degli obiettivi di cura e dei risultati

Negli anni il trattamento è stato indirizzato verso la presa di coscienza dei disturbi di personalità ed il riconoscimento degli stessi. Il primo test A/7 ha evidenziato un tratto schizoide con tendenza passivo aggressiva e modalità antisociale.

Nella successiva rivalutazione, avvenuta a distanza di anni, con lo stesso A/7 l'assistito ha nuovamente mostrato il tratto passivo aggressivo, la modalità antisociale si è attenuata ed è sparito il tratto schizoide. Un notevole nuovo elemento emerso dal test è stata la comparsa di un atteggiamento istrionico di personalità. La valutazione del percorso compiuto ci fa concludere che, se il paziente ha messo in atto la ristrutturazione cognitiva e del proprio stile di vita conseguente, tuttavia egli mostra ancora una tendenza ad immergersi, "come un tuffo" in un sogno lucido alla ricerca di uno stato "scollegato" dalla realtà.

Discussione del caso

Il percorso terapeutico intrapreso da S.S., parte da una modalità di comportamento altamente compromesso, tanto da non consentirgli una qualità di vita socialmente accettabile in cui il discontrollo dell'uso di cocaina era complicato dal poliabuso e dalla impossibilità di intessere relazioni sane. La personalità di S.S. si evolve con tratti più maturi e consapevoli nelle prime fasi astinenziali ed il supporto psicologico lo ha condotto all'accettazione delle drammatiche prime ricadute dell'uso di cocaina, consentendogli di accettarle e di reintegrarsi gradualmente, dapprima ricostruendo una relazione familiare e poi evolvendo anche dal punto di vista dell'impegno lavorativo e nella capacità di gestione del desiderio.

Al momento il soggetto è sufficientemente integrato in ambito lavorativo, residuando relazioni conflittuali con la famiglia di origine; appare aver raggiunto un discreto livello di autonomia personale, pur mantenendo di tanto in tanto il bisogno di trasgressione emozionale che raggiunge attraverso l'uso controllato di ketamina. Il supporto psicoterapeutico tende attualmente a mettere in discussione anche quest'ultimo atteggiamento, al fine di prevenire ulteriori possibili episodi di perdite di controllo ed eventuali più gravi ricadute. Il percorso psicoterapeutico tende inoltre ad allontanare S.S. da possibili "set" che possano fungere da innesco per episodi di craving.

Conclusioni

La recente diffusione dell'utilizzo di cocaina e la correlazione con l'uso di sostanze in grado di attenuarne gli effetti secondari indesiderati - ketamina - ci induce a tenere alta l'attenzione su ciò che potrebbe diventare una nuova "emergenza" tra i giovani. L'utilizzo di ketamina in discoteca sembra essere molto ambito e probabilmente misconosciuto in termini di diffusione e pericolosità. L'azione sui centri cerebrali superiori, alterando in particolare la percezione degli stimoli uditivi, visivi e del dolore, provoca la perdita della capacità di rispondere consapevolmente ad essi, il che porta l'utilizzatore ricreazionale, spesso inconsapevolmente, in una condizione di estremo rischio e possibile danno personale. L'uso di questa sostanza non è

attualmente monitorato ed è alta la probabilità che parte degli incidenti stradali possano essere attribuiti all'uso di ketamina.

Bibliografia

- 1) *CNS Drugs*. 2006;20(3):199-218. *Ketamine: from medicine to misuse*. Wolff K, Winstock AR.
- 2) *Anaesth Intensive Care*. 2002 Jun;30(3):382-4. *Ketamine dependence*. Pal HR, Berry N, Kumar R, Ray R.

L'IMPORTANZA DEL LAVORO DI INTEGRAZIONE TRA SERVIZI NELLA GESTIONE DELLA TOSSICODIPENDENTE IN GRAVIDANZA

Asturaro E.*, Nicotra F.*, Franco T.**,
Butera C.***, Auriemma F.****

*Dirigente Psicologo U.O.Ser.T 25 ASL Napoli 1-Centro
**Responsabile.S.S.Valutazione e Monitoraggio
Dipartimento Farmacodipendenze ASL Napoli 1-
Centro -Dirigente Sociologo
***Dirigente Medico U.O.Ser.T 25 ASL Napoli 1-Centro
****Dirigente Medico Responsabile U.O.Ser.T 25 ASL
Napoli 1-Centro

Il nostro Servizio ha attivato da circa 8 anni un gruppo di lavoro integrato composto da referenti del Ser.T, UOSM, UOMI, Servizi Sociali del Comune di Napoli, Divisione di Ginecologia e di Terapia Intensiva dell'ospedale "San Paolo": Unità Operative, Servizi Territoriali e Presidi Ospedalieri dell'ASL Napoli 1 Centro, presenti sul territorio dei quartieri Bagnoli e Fuorigrotta della Città di Napoli.

Il Progetto, tra le altre offerte e prerogative, ha soprattutto contribuito a creare un'efficace rete di relazioni e di interventi, sulla guida di un protocollo unico, al fine di offrire un adeguato sostegno alle pazienti tossicodipendenti gravide.

Lo spunto che ha dato il via a tale gruppo di lavoro è stato la consapevolezza di una realtà territoriale incapace di provvedere non solo ad un attento supporto a pazienti del genere, durante tutto il corso della gravidanza fino al momento del parto ma anche ad un adeguato sostegno psicologico e clinico alla donna che per scelta o necessità avesse dovuto interrompere la gravidanza stessa oltre al supporto per queste pazienti, in caso di affidamento dei nascituri a terzi.

Il protocollo di intesa prevede una serie di interventi, da un punto di vista clinico e da un punto di vista psico-sociale.

Il medico, oltre ad un'attenta valutazione fin dall'ingresso al Ser.T con un adeguato screening emato-chimico comprendente anche il dosaggio delle BHCG (per evitare false diagnosi di gravidanza nei frequenti casi di amenorrea da uso di sostanze), seguirà la paziente durante tutto il corso della gravidanza, interagendo con le indicazioni del ginecologo del consultorio o dell'Ospedale e valutando il dosaggio congruo di farmaco sostitutivo nel caso di dipendenza della madre da oppioidi.

Allo stesso modo lo psicologo e l'assistente sociale in collaborazione con le equivalenti figure professionali degli altri servizi si adopereranno a compensare e supportare le fragilità psichiche e le difficoltà ambientali lamentate dalla paziente.

Il modello seguito dal gruppo, si basa, inoltre su un

attento lavoro psicoterapico, al fine di rinforzare o sviluppare le capacità genitoriali di queste ragazze e dei loro partners (spesso tossicodipendenti come le compagne) oltre ad un intenso lavoro sulle famiglie. In 8 anni sono state seguite, tra gravidanze portate a termine, IVG ed altre problematiche, circa 300 giovani donne tossicodipendenti. La prognosi in tutti i casi indicati è stata ottima senza complicazioni di sorta.

CONCLUSIONI

Il lavoro mostra l'utilità, soprattutto in una realtà come quella del Sud, del lavoro integrato nell'ambito di contesti sanitari così complessi

4

STRATEGIE DI INTERVENTO CON INTERFERONE-RIBAVIRINA PER IL TRATTAMENTO DI EPATITE CRONICA ATTIVA "C" CORRELATA IN SOGGETTI DRUG-FREE, CON O SENZA TERAPIA SOSTITUTIVA, AFFERENTI AL SER.T DSB 25 ASL NA 1 CENTRO

Butera C.*, Gazzella C., Fedele F**, Iovinella V.***, Vrenna G.****, Auriemma F.*****
 *Dirigente Medico Ser.T 25 ASL Na1-Centro
 **Dirigente Medico Radiologo, Ospedale S.Paolo ASL Na1-Centro
 ***Dirigente Medico Epatologo, Ospedale S.Paolo ASL Na1-Centro
 ****Direttore U.O.C Poli Laboratoristici Dipartimento Farmacodipendenze ASL Na1-Centro
 *****Dirigente Medico Responsabile Ser.T 25 ASL Na1-Centro

I Servizi per le Tossicodipendenze rappresentano uno dei più consistenti bacini di utenza affetta da Epatite Cronica Attiva "C" correlata. Presso il Ser.T DSB25 ASL Na 1-Centro a tutti gli utenti, all'atto dell'iscrizione, viene effettuato di routine uno screening di base e successivamente, in caso di positività agli anticorpi HCV, si prosegue, con la determinazione del dosaggio "quali - quantitativo" del virus e alla identificazione del genotipo virale.

Segue il monitoraggio, come da protocollo, e l'approfondimento diagnostico clinico (visita epatologica / infettivologica, visita psichiatrica, visita endocrinologica...) e strumentale (ecografia epato-spleno-pancreatica, tiroidea).

In merito a ciò, si è evidenziata nel tempo, la grande difficoltà, incontrata dai pazienti inseriti in questo protocollo, a portare avanti il completo inquadramento diagnostico necessario per un arruolamento al trattamento con IFN e Ribavirina, con il conseguente abbandono, spesso ancora in fase diagnostica, delle indagini, e, dove i soggetti riuscivano a concludere gli accertamenti, il drop-out nel corso della terapia.

Il nostro Servizio, nel 2005, individuando i momenti critici dei pazienti rispetto a tale programma, ha pianificato e messo in atto una strategia di intervento volta a costruire una rete con gli altri Servizi interessati, come da protocollo internazionale.

Il Ser.T assume il ruolo di interfaccia con gli specialisti che entrano in gioco nel trattamento: l'epatologo/infettivologo, lo psichiatra, l'endocrinologo, il radiologo, l'ecografista, il laboratorista.

Inoltre, si occupa della somministrazione del trattamento. (i pazienti arruolati, infatti, consegnano le terapie prescritte agli operatori del Ser.T e settimanal-

mente gli viene somministrata la terapia, in concomitanza del controllo ematochimico e di tutte quelle valutazioni cliniche che si possono rendere necessarie).

Con tale strategia è stato possibile ottenere i seguenti risultati:

- Canale preferenziale, tramite il Ser.T, con accessi semplificati e ambulatori dedicati presso le strutture specialistiche) con la garanzia della effettiva esecuzione di tutte le procedure
- Monitoraggio ematologico e clinico costante con la individuazione precoce di eventuali problematiche e difficoltà sia fisiche che psichiche.
- Corretta esecuzione della terapia per tutta la durata del protocollo (per la quale ci siamo avvalsi, come per i controlli ematologici, della collaborazione del personale infermieristico)
- Follow-up effettuati nei tempi e nelle modalità previste.

Dal 2005 al primo semestre 2010, sono stati arruolati, con tale modalità, 40 soggetti di cui 30 hanno concluso la terapia con ottimi risultati ed eccellente compliance. Continuano, come da protocollo, a venire al Servizio per i Follow-Up.

Allo stato per 12 pazienti sono in corso gli accertamenti preliminari per i successivi inserimenti nel protocollo.

CONCLUSIONI

Il lavoro in questione vuole mettere in evidenza il ruolo fondamentale del Servizio per le Tossicodipendenze quale centro vitale di una rete di integrazione tra Servizi grazie ad un'ottica di accudimento (care) globale del paziente

5

LE COMPLICANZE CARDIOVASCOLARI NEL COCAINOMANE; UN PROBLEMA DA NON SOTTOVALUTARE

Bonazzi C., Magnoni F.*, Comaschi C.
 SerT Est Carpaccio Azienda USL Bologna
 *Chirurgia Vascolare Ospedale Maggiore Azienda USL Bologna

Secondo la maggior parte degli studiosi la cocaina, sarebbe germogliata nelle valli umide delle regioni Andine e del centro dell'Amazzonia tra i 2000 e 2500 metri, almeno 6000 anni prima di Cristo, in conseguenza dell'optimum climatico di quelle terre. Nel corso dei secoli, dopo la sua esportazione in Europa e l'isolamento chimico del suo alcaloide (cocaina) il suo uso si è progressivamente diffuso mantenendo nella popolazione in generale l'aura di una sostanza non pericolosa, che non dà dipendenza e spesso utile ad affrontare situazioni di particolare stress fisico ed emotivo. In realtà la cocaina è una sostanza estremamente pericolosa, che ha un effetto tossico diretto sugli organi, al contrario dell'eroina, che non presenta danni d'organo.

Attraverso l'attivazione dei neuroni dopaminergici del sistema mesolimbico (nucleo accumbens) la cocaina provoca i ben noti effetti gratificanti ed euforizzanti sull'assuntore. Il principale meccanismo d'azione risiede nella sua capacità di bloccare i neurotrasportatori deputati alla ricaptazione della dopamina e della noradrenalina da parte dei neuroni presinaptici; questo spiega anche l'attivazione del sistema simpatico che provoca intensa vasocostrizione, midriasi, tachicardia ed ipertermia.

Gli effetti clinici della molecola variano a seconda della modalità di assunzione, dalla dose, della durata di uso. Nell'intossicazione acuta (dosi maggiori di 300 mg) il paziente può arrivare anche all'arresto cardiocircolatorio e alla morte.

L'uso cronico può portare ad un grave decadimento delle condizioni generali fisiche e psicologiche con la comparsa di disturbi organici di cui i più temibili sono quelli cardiovascolari, legati principalmente all'effetto vasocostrittore della cocaina ed al suo effetto pro-trombigeno.

Gli organi bersaglio sono soprattutto il cuore e il distretto cardio-circolatorio con manifestazioni cardiache come angina, infarto, ipertensione arteriosa. Il riscontro di infarti miocardici in soggetti giovani privi di altri fattori di rischio è fortemente suggestivo per abuso di cocaina.

A livello cardiaco si possono anche avere delle aritmie dovute a depolarizzazione ventricolare prematura, asistolie e tachiaritmia ventricolare degenerante in fibrillazione per blocco dei canali del Na⁺ mediati dalla sostanza. L'uso cronico può condurre a fibrosi

interstiziale del miocardio e predisporre allo scompenso cardiaco congestizio; è ipotizzato altresì un meccanismo di danno diretto del miocardio con il realizzarsi di miocarditi.

Anche l'aterosclerosi sembra sia accentuata dalla cocaina e il suo uso è stato associato alla formazione di trombi (per aumento dell'aggregazione piastrinica) con insorgenza di infarti nei distretti intestinale, renale epatico e splancnico.

Le crisi ipertensive, causate dall'assunzione di cocaina, possono portare a emorragie cerebrali (Fig 1), mentre il suo potente effetto vasocostrittore può realizzare ischemie e necrosi del tessuto encefalico (ictus); inoltre tale meccanismo favorisce la rottura di aneurismi intracranici in soggetti portatori di tale patologia (sia essa congenita o acquisita) e la realizzazione di dissezioni aortiche (Fig 2), spesso fatali.

L'assunzione per via nasale, snorting, può condurre, per gli effetti vasocostrittori della sostanza, a epistassi, rinite, sinusite, anosmia ed alla necrosi e alla perforazione del setto. Nei fumatori di crack possono insorgere gravi complicanze respiratorie come dispnea, tosse produttiva, emottisi, polmoniti, edema polmonare, stati di diffusa emorragia parenchimale del polmone determinata da infarti polmonari per l'intensa vasocostrizione.

Il "fenomeno cocaina" attualmente rimane sottostimato: la diminuzione del costo per grammo ha reso possibile l'acquisto anche da parte di fasce sociali e di età prima impossibilitate, diffondendone ed incrementandone l'uso, la percezione del rischio da parte dell'assuntore è minima anche perché nell'immaginario collettivo rimane una sostanza "ricreativa" e non una sostanza nociva. Nonostante questo l'ammissione dell'uso della sostanza è spesso negata anche in occasione di accessi ospedalieri per sintomi correlati a delle complicanze, verosimilmente in parte per riserbo personale ma sicuramente anche per la mancanza di informazioni sulle possibili morbilità scatenata dalla cocaina. A ciò si aggiunge il fatto che spesso l'assunzione di cocaina non viene considerata fra le possibili cause della patologia acuta in osservazione nei pronto soccorsi o in ambiente di ricovero, non se ne attua la ricerca e quindi rimane il più delle volte misconosciuta. Inoltre sicuramente oggi nella maggior parte delle Aziende Sanitarie vi è una notevole mancanza di comunicazione e collaborazione fra il territorio e le strutture ospedaliere: la mancanza di comunicazione, se non di protocolli comuni e di procedure, oltre che la mancanza di formazione, rappresentano un anello debole nella catena dei servizi per la cura delle tossicodipendenze. Sarebbe opportuno e auspicabile incrementare relazioni e contatti principalmente fra i servizi di emergenza extra e ospedalieri e i servizi territoriali per le tossicodipendenze in maniera tale da favorire una diffusione della cultura relativamente alle complicanze della sostanza fra i medici ospedalieri che potrebbero attuare meccanismi diagnostici per portare allo scoperto assuntori con complicanze e poterli indirizzare successivamente ai servizi per realizzare i percorsi di disassuefazione.

L'entità del fenomeno "cocaina", la mancanza di presidi farmacologici sicuramente efficaci nel trattamen-

to, la mancanza di comunicazione fra presidi sanitari e territorio e soprattutto il realizzarsi a seguito dell'uso della sostanza di patologie di sì tale gravità, dovrebbero portare la comunità scientifica ed il mondo politico a considerare la cocaina per la sua reale ed effettiva pericolosità e ad attuare meccanismi di monitoraggio, di prevenzione, di rilevazione tossicologica e di controllo di maggiore efficacia.

Fig 1- Vasto infarto emorragico in cocainomane

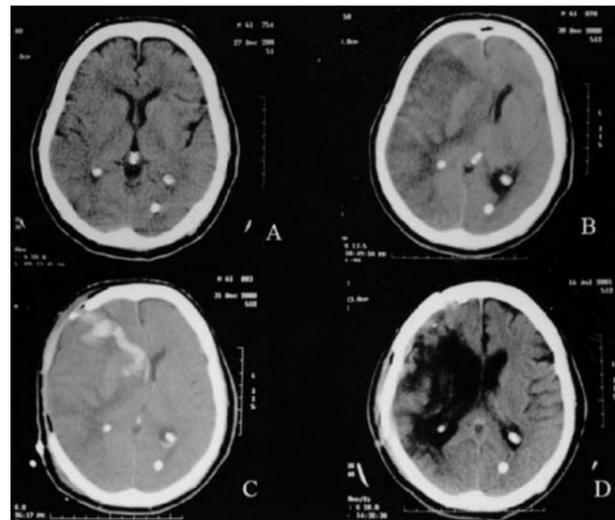


Fig 2 - Dissezione aortica toraco-addominale



Bibliografia

- 1) A. Buttner, G. Mall, R. Penning, H. Sachs, S. Wis: *The Neuropathology of cocaine abuse. Legal Medicine* 2003;5; S240 - S242
- 2) M.M. Knuepfer: *Cardiovascular disorders associated with cocaine use: myths and truths. Pharmacology Et Therapeutics* 2003; 97; 181 - 222
- 3) P.A. Coughlin and A.I.D. Mavor: *Arterial consequences of recreational drug use*
- 4) J.C. Daniel et al: *Acute aortic dissection associated with use of cocaine. Journal of Vascular Surgery* 2007; 46; 427 - 433
- 5) W. Zhou et al: *Acute arterial thrombosis associated with cocaine abuse. Journal of vascular Surgery* 2004; 40 ; 291 - 295
- 6) N. De Giovanni, N. Fucci, M. Chiarotti: *La mortalità per intossicazione acuta: esame della casistica dell'Istituto di medicina Legale dell'Università Cattolica relativa al quadriennio 1993 - 1996. Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcolismo Anno XXI 1998; n° 3.*

6

PSEUDOANEURISMI DA INIEZIONE INTRA-ARTERIOSA DI COCAINA E SOSTANZE STUPEFACENTI: UN FENOMENO NON RARO

Bonazzi C.** , Magnoni F.* , Gambini D.**
 **Servizio Tossicodipendenze Azienda USL Bologna
 *U.O.C Chirurgia Vascolare Ospedale Maggiore Azienda USL Bologna

La diffusione di sostanze psicoattive è sempre maggiore come testimoniano i report delle organizzazioni nazionali e sovranazionali che si occupano del problema; oltre ad una diffusione quantitativamente maggiore si assiste ad un incremento del tipo di spesso trattate con processi chimici per renderne più agevole il trasporto e meno identificabile la sostanza. Il consumatore si trova spesso quindi ad utilizzare sostanze "tagliate" con "eccipienti" potenzialmente pericolosi per l'organismo come metalli pesanti o polveri inerti se non contaminate da microorganismi patogeni. Quando poi la via di ingresso nell'organismo di tali sostanze è quella iniettiva i danni conseguenti possono essere gravi. Sono numerosi in letteratura i report relativi alle complicanze trombotiche periferiche o locali, così come quelle infettive o pseudo aneurismatiche. La trombosi arteriosa si realizza nella maggior parte dei casi a valle del distretto sede di iniezione ma può coinvolgere anche organi parenchimali o vasi arteriosi maggiori; in particolare la sede di iniezione può sviluppare o per danno diretto della sostanza o per infezione del sito iniettivo uno pseudoaneurisma: questo si realizza per la persistenza di una soluzione di continuo della parete arteriosa e per la reazione infiammatoria del tessuto circostante che tenta di arginare l'emorragia arteriosa. La parete del vaso che si dilata progressivamente e la reazione cicatriziale infiammatoria esterna concorrono a creare una formazione ovalare, pulsante che progressivamente aumenta di dimensioni rendendosi clinicamente sempre più evidente. Se non trattata la patologia può evolvere in rottura con anche fistolizzazione esterna, soprattutto nei casi di infezione dei tessuti pseudo aneurismatici. La sintomatologia è varia, generalmente legata alla compressione dei tessuti vicini, dolore neuropatico per compressione del nervo adiacente, TVP per compressione della vena adiacente il vaso arterioso, ischemie periferiche ed emorragie esterne con conseguenze anche mortali. Sotto il profilo terapeutico il trattamento degli pseudo aneurismi post traumatici o iatrogeni normalmente trova una soluzione con una semplice rafia arteriosa del tratto interessato o con la riparazione tramite patch in vena od in protesi se non con la sostituzione protesica completa con protesi allo plastiche. Il problema maggiore nella rivascolarizzazione in caso di pseudoaneurismi infetti è legato all'utilizzo di

materiale protesico ed alla reinfezione che rappresenta un evento altamente probabile. In relazione a questo la maggior parte degli Autori sostengono che sia opportuno effettuare una semplice legatura del segmento arterioso e resezione dei tessuti infetti^{1,2}. La percentuale di amputazioni successive, nel caso sia compromessa la biforcazione femorale, è del 33%³. Mc Ilroy et al in uno studio su 60 tossicodipendenti hanno effettuato 12 rivascolarizzazioni protesiche e 48 legature. Nei confronti della semplice legatura, nei casi di rivascolarizzazione si è evidenziato un 50% di reinfezioni protesiche con un 17% di amputazioni vs l'8% nei pazienti con legatura. Il maggior numero degli autori conclude che il miglior metodo di trattamento degli pseudoaneurismi infetti sia rappresentato dalla semplice legatura con debridement dei tessuti necrotico-infetti⁴. Per quanto povero possa essere il patrimonio venoso di questi pazienti, il trattamento di rivascolarizzazione, dopo escissione dell'aneurisma e radicale debridement, rappresenta l'unica opzione per il salvataggio dei tessuti a valle dell'aneurisma stesso. Nella nostra esperienza in particolare due casi hanno trovato una risoluzione attraverso l'utilizzo di segmenti arteriosi prelevati da donatore cadavere e crioconservati presso Banca dei Tessuti. Tale tecnica ha permesso nei casi in questione di mantenere pervio l'asse arterioso interessato evitando le drammatiche conseguenze facilmente prevedibili in caso di legatura del vaso interessato. **Caso 1:** Donna 30 anni, alternanza di periodi di consumo di eroina e cocaina anche ev da circa 12 aa, non in trattamento con farmaci agonisti, HIV negativa, anti HCV positiva. Da circa 7 gg massa pulsante inguinale sx con dolore all'arto ed impotenza funzionale, riferisce iniezioni ripetute in arteria femorale di "speed-ball". Presenta una massa pulsante inguinale sinistra con tramite fistoloso esterno secernente materiale corpuscolato. Si diagnostica tramite ecoDoppler pseudo aneurisma inguinale e si effettua in urgenza intervento di resezione del tratto arterioso interessato dallo pseudo aneurisma e sostituzione dello stesso con omoinnesto di arteria femorale da donatore. **Caso 2:** uomo 35 anni HIV negativo - anti-HBc e anti-HCV positivo, eroinomane in terapia metadonica e contemporaneo uso di cocaina e.v. Da circa 15 gg massa laterocervicale destra ricovero in ORL con diagnosi di ascesso laterocervicale: riferisce iniezione generica sul collo di "speed-ball". Dagli accertamenti risulta una soluzione di continuo nella parete arteriosa con la formazione di uno pseudoaneurisma in fase di fistolizzazione con la cute. Si ipotizza un danno diretto sulla parete intimale della sostanza iniettata con successiva necrosi di parete e perforazione. Vengono eseguiti ecoDoppler TSA ed angioTC con mdc (Fig 1) che rivelano la presenza di uno pseudo aneurisma della carotide comune destra, il paziente viene sottoposto ad intervento chirurgico di resezione della carotide comune e sua sostituzione con omoinnesto di carotide da donatore (Fig 2). Nel post operatorio non si sono manifestati deficit neurologici. Nel follow up non si sono rilevate deiscenze degli

innesti o trombosi degli stessi; il paziente maschio ha subito successivamente l'embolizzazione mediante spirali di un aneurisma intracranico del tratto M2 repertato nel corso della TC preoperatoria. A 4 mesi di follow-up il paziente è stato ricoverato in Stroke Unit per ictus ischemico con innesto pervio e aneurisma intracranico pervio; verosimilmente l'ictus è da ascrivere all'uso di cocaina che nel frattempo il paziente non aveva interrotto.

Le complicanze vascolari nei pazienti tossicodipendenti sono frequenti e spesso portano a conseguenze drammatiche per il paziente. In particolare le complicanze del sito di iniezione sono difficoltose da trattare e spesso i risultati sono negativi. La cocaina iniettata in circolo può provocare evidentemente un danno diretto sulle pareti dei vasi oltre al già conosciuto effetto protrombigeno e vasocostrittore. La possibilità di effettuare innesti con arterie da donatore cadavere si è rivelata una tecnica efficace per l'elevata resistenza dell'omoinnesto alle infezioni.

¹⁾ Moore WS. *Vascular Surgery, a comprehensive review*. 5th ed Philadelphia:WB Saunders; 1998 : 177

²⁾ Rutheford RB. *Vascular Surgery*. 5th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2000 : 848

³⁾ Reddy DJ, Smith RF, Elliot JP jr, Haddad GK, Wanek EA. *Infected femoral artery false aneurysm in drug addicts: evolution of selective vascular reconstruction*. *J Vasc Surg*. 1986;3: 718-724

⁴⁾ Salehian MT et al. *Treatment of infected pseudoaneurysm in drug abusers:ligation or reconstruction?* *Arch Iranian Med* 2006; 9 (1): 49 - 52

Fig 1 - Pseudoaneurisma carotide comune alla TC



Fig 2 a) soluzione di continuo della carotide comune



b) innesto carotideo in omograft



IL TRATTAMENTO DI SOGGETTI ALCOLDIPENDENTI MIGLIORA LA QUALITÀ DELLA VITA PERCEPITA DAI FAMILIARI

Borroni G., Baldinu C., Balistrocchi I., Cislighi D., Longagnani C., Mita P., Varisco R., NOA ASL Provincia di Milano n.1 - Abbiategrasso (MI)

Introduzione

E' esperienza comune l'osservazione che una condizione di dipendenza da alcol non solo influisce negativamente sul soggetto direttamente coinvolto nel problema ma, sotto diverse forme, esercita un impatto negativo anche sui rapporti di coppia e, più in generale, sulle dinamiche famigliari [McCrary, B.S., and Hay, W. (1987). *Coping with problem drinking in the family*. In J. Orford (Ed.), *Coping with disorder in the family* (pp. 86-116). London: Croom & Helm]. In presenza di una situazione di alcol dipendenza, ci dovremmo quindi aspettare che, non solo il soggetto dipendente, ma anche i suoi famigliari, abbiano la percezione di una riduzione della qualità di vita (QoL). Mentre è nota la correlazione tra dipendenza da alcol e riduzione della qualità della vita nei soggetti alcol-dipendenti, esistono pochissimi dati sulle ripercussioni che questa può avere sulla QoL dei loro famigliari.

Obiettivi

Quantificare la compromissione della QoL nei famigliari di soggetti con dipendenza da alcol, indagare l'esistenza di una correlazione tra l'entità del deterioramento della QoL percepito dai pazienti e quello percepito dai famigliari e valutare l'effetto del trattamento della dipendenza da alcol sulla QoL percepita dai famigliari.

Pazienti e Metodi

Sono stati arruolati nello studio tutti i pazienti con diagnosi di dipendenza da alcol secondo i criteri del DSM IV-TR che hanno richiesto al NOA di Abbiategrasso un intervento per problemi alcol-correlati nel corso di 24 mesi e per i quali era ipotizzabile il coinvolgimento nel trattamento di almeno un familiare. Sono stati invece esclusi, indipendentemente dalla diagnosi alcolologica, tutti i pazienti inviati per una "valutazione alcolologica" da organi istituzionale, pazienti soggetti a provvedimenti restrittivi o già inseriti in Comunità Terapeutica. La tabella 1 riporta le caratteristiche degli 86 soggetti studiati. L'SF-36 è stato somministrato ai pazienti ed ai loro parenti entro 10 giorni dal primo colloquio e dopo 3 mesi. Il questionario ed il programma on-line per la elaborazione del test sono stati scaricati gratuitamente dal sito internet dell'Istituto Mario Negri (<http://crc.marionegri.it/qdv/questionari/sf36/sf36v1ita.htm>). L'SF-36 rappresenta lo strumento per la misurazione

della QoL più estesamente validato ed utilizzato a livello mondiale. In Italia il questionario è stato tradotto ed adattato culturalmente a metà degli anni '90 nell'ambito del progetto IQOLA. Attualmente sono disponibili un manuale di utilizzo ed una banca dati di riferimento con dati normativi su un campione di 2031 soggetti rappresentativi della popolazione italiana. Si tratta di un test caratterizzato dalla brevità e dalla riproducibilità ed è sviluppato come questionario generico, multi-dimensionale articolato in 36 domande che si riferiscono concettualmente a 8 domini di salute e 2 scale riassuntive: attività fisica, limitazioni di ruolo dovute alla salute fisica (RF), limitazioni di ruolo dovute allo stato emotivo (RE), dolore fisico, percezione dello stato di salute generale, vitalità, attività sociali, salute mentale, Indice di Salute Fisica (ISF), Indice di Salute Mentale (ISM). I dati anagrafici e sociosanitari relativi ai pazienti ed ai loro famigliari sono stati raccolti al momento della presa in carico. I dati forniti dalle 8 scale di salute e dalle 2 scale riassuntive dell'SF-36 sono stati analizzati separatamente e confrontati con i dati della popolazione generale corretti per sesso ed età. Solo differenze superiori a 2 deviazioni standard (DS) rispetto al valore normale (≥ 50) sono state considerate significative. Per ogni paziente, i dati relativi ad ogni singola scala dell'SF-36 sono stati comparati con i risultati ottenuti dal corrispondente familiare. Il test di Pearson è stato utilizzato per esplorare le correlazioni tra i risultati basali e le variazioni nel tempo di ogni singola scala dell'SF-36 nei pazienti e nei corrispondenti famigliari. Un valore di $p < 0,05$ è stato considerato statisticamente significativo.

Tabella 1 - Caratteristiche dei famigliari e dei pazienti che hanno eseguito il Test SF-36

Tabella 1. Caratteristiche dei famigliari e dei pazienti che hanno eseguito il Test SF-36		
	n.	%
Famigliari	86	----
- Età Media (range)	47,3(17-79)	----
- Sesso Femminile	18	69,8
- Coniuge/Convivente	52	60,5
- Genitore	21	24,5
- Figlio	6	7,0
- Altro	7	8,0
Pazienti	86	----
- Età Media (range)	43,4(22-73)	----
- Sesso Femminile	60	20,9
- Altra dipendenza	47	54,7
- Diagnosi Asse I e/o II	36	41,9
- Diagnosi Asse III	25	29,1
- Diagnosi Asse IV	63	73,3
- Trattamenti Precedenti	58	67,4

Tabella 2 – Risultato della somministrazione dell'SF-36 in 86 coppie pazienti-familiari

	Pazienti (Media±ESM)	Familiari (Media±ESM)	Coefficiente di Correlazione (R)	p=
ISF (Valore)	45,2±0,9	49,9±1,1	0,005	0,965
ISM (Valore)	32,8±1,2	37,8±1,4	0,34	0,001
Attività fisica	41,4±1,6	47,5±1,3	0,206	0,057
Limitazioni RF	35,8±1,7	47,7±1,2	0,145	0,184
Dolore fisico	38,7±1,4	47,0±1,1	0,046	0,672
Salute generale	39,7±1,2	50,0±0,9	-0,171	0,115
Vitalità	39,8±1,3	44,8±1,2	0,342	0,001
Attività sociali	32,4±1,4	41,8±1,3	0,267	0,013
Limitazioni RE	35,1±1,5	43,1±1,2	0,249	0,021
Salute mentale	35,7±1,4	44,5±1,2	0,328	0,002

Risultati

Sono stati arruolati 86 pazienti con diagnosi di dipendenza da alcol e altrettanti familiari. Tra i familiari i coniugi rappresentavano oltre il 60% del totale. A differenza di quanto osservabile nei pazienti, nel gruppo dei familiari era osservabile una prevalenza del sesso femminile (69,8 vs 20,9, p=0,001) ed una età media significativamente più elevata (47,3±1,3 anni vs 43,4±1,5 anni, p=0,03). Analogamente a quanto osservato nei pazienti, anche nei familiari era evidente una riduzione della QoL percepita, prevalentemente a carico delle 4 scale relative agli aspetti psicosociali della vita (range; 32,4-39,8 vs 41,8-44,8; Tabella 2), mentre i risultati relativi agli aspetti fisici della QoL risultavano più vicini alla norma (range 35,8-41,4 vs 47-50). Coerentemente, le scale riassuntive mostravano una marcata compromissione a carico dell'ISM in entrambi i gruppi, pur con una differenza statisticamente significativa a sfavore dei pazienti (-1,7DS vs -1,2 DS, p=0,01), mentre i valori di ISF risultavano sostanzialmente nella norma, ma anche in questo caso con una significativa differenza tra i due gruppi (-0,48DS vs -0,01DS, p=0,001). Il grado di compromissione dell'ISM e delle 4 scale riferite agli aspetti psicosociali della QoL percepita nei famigliari risultava significativamente correlato alla compromissione delle corrispondenti scale osservata nei pazienti (Tabella 2). Al contrario, non era evidente una correlazione tra i valori dell'ISF e delle 4 scale riferite alla percezione di salute fisica osservati nei pazienti e nei familiari. A distanza di 3 mesi dalla prima somministrazione il test è stato ri-somministrato a 51 coppie di pazienti e familiari, corrispondenti al 59,3% del campione iniziale. In entrambi i gruppi studiati è stato osservato un miglioramento statisticamente significativo a carico delle 4 scale relative agli aspetti psicosociali della QoL e dell'ISM, più marcato nei pazienti rispetto ai famigliari (Tabella 3); tutte le scale dell'SF-36 mostravano valori medi simili a quelli osservati nella popolazione generale. Tuttavia, solo per la scala della Vitalità è stata osservata una correlazione diretta statisticamente significativa tra le variazioni percentuali osservate nei pazienti e nei familiari (R=0,363; p=0,009).

Tabella 3 – Valori medi e variazione media rispetto al dato basale delle scale dell'SF-36 dopo 3 mesi di trattamento in 51 coppie pazienti-familiari

	Pazienti Media±ESM (Variazione)	P= vs basale	Familiari Media±ESM (Variazione)	P= vs basale
ISF	49,5±1,2(+4,0)	0,005	48,9±1,4(0,0)	0,964
ISM (Valore)	44,8±1,9(+12,8)	0,001	44,2±1,7(+7,5)	0,001
Attività fisica	44,3±1,8(+1,9)	0,236	47,5±1,7(0,9)	0,429
Limitazioni RF	46±1,9(+10,9)	0,001	49,5±1,4(+2,6)	0,122
Dolore fisico	47,5±1,6(+8,8)	0,001	50,4±1,3(+3,8)	0,006
Salute generale	48,5±1,6(+7,6)	0,001	49,7±1,3(+0,7)	0,574
Vitalità	48,9±1,7(+10,4)	0,001	48,8±1,5(+5,9)	0,003
Attività sociali	42,7±1,8(+10,5)	0,001	47,5±1,4(+6,8)	0,001
Limitazioni RE	45,1±1,9(+12,0)	0,001	48±1,3(+5,1)	0,001
Salute mentale	47,9±1,8(+13,1)	0,001	48,6±1,4(+5,2)	0,003

Conclusioni

La somministrazione del questionario SF-36 ai familiari di soggetti alcolodipendenti ha dimostrato la presenza di una significativa compromissione della QoL da loro percepita, quasi esclusivamente legata ad un deterioramento degli aspetti psicosociali della QoL, mentre non sono risultati implicati gli aspetti fisici. È stata inoltre osservata una correlazione diretta fra il grado di compromissione della QoL percepito dai pazienti e dai familiari, che si confermava anche nel corso del trattamento dell'alcolodipendenza, quando al miglioramento della QoL percepita dai pazienti si associava un significativo miglioramento di tutte le scale che analizzavano gli aspetti psicosociali della QoL percepita dai loro familiari, sia pure in misura ridotta rispetto ai primi. Quest'ultimo dato potrebbe essere conseguenza della relativa brevità dell'intervallo fra le due misurazioni: probabilmente i familiari percepiscono un miglioramento degli aspetti psicosociali della loro QoL con una latenza maggiore dei loro congiunti in trattamento.

8
QUALITÀ DELLA VITA IN PAZIENTI ALCOLDIPENDENTI: FATTORI CORRELATI ALLA PERCEZIONE DI RIDOTTA QUALITÀ DI VITA ED EFFETTO DEL TRATTAMENTO DELL'ALCOLDIPENDENZA

Borroni G., Baldinu C., Balistrocchi I., Cislaghi D., Longagnani C., Mita P., Varisco R.
NOA ASL Provincia di Milano n.1 - Abbiategrasso (MI)

Introduzione

Nel corso degli ultimi decenni la valutazione della qualità della vita (QoL) ha assunto sempre più importanza nella gestione dei pazienti affetti da patologie croniche. La dipendenza da alcol rappresenta una patologia cronica in grado di determinare una grave compromissione della QoL, anche in relazione alle problematiche sociosanitarie ad essa associate. La valutazione della QoL percepita dal paziente al momento della presa in carico e nel corso del trattamento potrebbe quindi rappresentare un utile strumento non solo ai fini diagnostici, ma anche per la pianificazione e la valutazione dell'esito degli interventi terapeutici, integrando le informazioni fornite dagli usuali indicatori di efficacia basati sulla permanenza in trattamento e/o sulla capacità di interrompere o ridurre l'assunzione di alcol.

Obiettivi

Obiettivo principale di questa ricerca è quello di quantificare la compromissione della QoL dei pazienti che afferiscono ad un NOA richiedendo il trattamento di una dipendenza da alcol. Obiettivi secondari sono i) valutare quali fattori si associano alla percezione di una ridotta QoL da parte di pazienti alcol dipendenti, ii) verificare l'effetto del trattamento sulla percezione della QoL e iii) verificare se la QoL percepita dal paziente al momento dell'ingresso in trattamento possa avere un valore prognostico sull'esito del trattamento a breve termine (3 mesi).

Pazienti e Metodi

Sono stati considerati arruolabili tutti i pazienti che richiedevano un intervento per problemi alcol-correlati e per i quali era possibile porre una diagnosi di dipendenza da alcol secondo i criteri del DSM IV-TR. Sono stati invece esclusi, indipendentemente dalla diagnosi alcolologica, tutti i pazienti inviati per una "valutazione alcolologica" da organi istituzionali (Tribunale dei Minori, Tribunale Ordinario, Commissione Medica Patenti, etc.), pazienti soggetti a provvedimenti restrittivi o già inseriti in Comunità Terapeutica. La tabella 1 riporta le caratteristiche cliniche, ana-

Tabella 1 – Caratteristiche dei pazienti che hanno eseguito il Test SF-36

	n.	%
Sesso Maschile	146	77,7
Età Media (range)	43(17-79)	----
Stabilmente Occupati	134	71,3
Coniugati/Conviventi	94	50
Scolarità Inferiore	131	69,7
Superalcolici/Aperitivi	34	18,1
Altra Dipendenza o abuso	102	54,3
• Attuale	67	35,6
• Progressa	35	18,6
Altra diagnosi Asse I o II	75	39,9
Diagnosi Asse III	46	24,5
Diagnosi Asse IV	139	73,9
Psicofarmacoterapia	71	37,8
Trattamenti Precedenti	66	35,1

grafiche e sociali dei 188 pazienti studiati. L'arruolamento dei pazienti è iniziato nella seconda metà del 2008 e si è concluso dopo 2 anni. L'SF-36 è stato somministrato entro 10 giorni dal primo colloquio e dopo 3 mesi. Il questionario ed il programma on-line per la elaborazione del test sono stati scaricati gratuitamente dal sito internet dell'Istituto Mario Negri (<http://crc.marionegri.it/qdv/questionari/sf36/sf36v1ita.htm>). L'SF-36 rappresenta lo strumento per la misurazione della QoL più estesamente validato ed utilizzato a livello mondiale. In Italia il questionario è stato tradotto ed adattato culturalmente a metà degli anni '90 nell'ambito del progetto IQOLA. Si tratta di un test caratterizzato dalla brevità e dalla riproducibilità ed è sviluppato come questionario generico, multidimensionale, articolato in 36 domande che si riferiscono concettualmente a 8 domini di salute e 2 scale riassuntive: attività fisica, limitazioni di ruolo dovute alla salute emotiva (SE), dolore fisico, percezione dello stato di salute generale, vitalità, attività sociali, salute mentale, Indice di Salute Fisica (ISF), Indice di Salute Mentale (ISM). I dati anagrafici e sociosanitari raccolti al momento della presa in carico sono stati analizzati al fine di valutare la loro correlazione con i risultati dell'SF-36 mediante regressione logistica bivariata e multivariata. I dati forniti dalle 8 scale di salute e dalle 2 scale riassuntive dell'SF-36 sono stati analizzati separatamente e confrontati con i dati della popolazione generale corretti per sesso ed età; differenze superiori a 2 deviazioni standard (DS) sono state considerate significative.

Risultati

Quando i risultati di ognuna delle 8 scale dell'SF-36 ottenuti nei 188 pazienti studiati sono stati comparati con i valori medi di ogni corrispondente scala riferiti alla popolazione generale, è stata osservata una sostanziale riduzione a carico di tutte le scale (Range: da -0,8 a -1,6 DS; Tabella 2), particolarmente evidenti nelle scale relative agli aspetti psicosociali della QoL. Le due scale riassuntive mostravano una sostanziale normalità dell'ISF (-0,4 DS), mentre l'ISM (-1,7 DS) risultava significativamente ridotto rispetto alla norma (Tabella 2). In seguito al riscontro della compromissione di tutte le scale dell'SF-36 e dell'assenza di differenze significative tra le scale, si è deciso di utilizzare, ai fini dell'analisi dei fattori predittivi di ridotta percezione della QoL, i 2 Indici riassuntivi di Salute Fisica e Salute Mentale. Al momento della valutazione iniziale una elevata percentuale di pazienti (45,7%) mostrava una riduzione significativa dell'ISM mentre solo 6 di 188 (3,2%) pazienti mostravano una riduzione significativa (>2DS) dell'ISF (che quindi non è stato ulteriormente indagato). All'analisi multivariata il sesso femminile e la presenza di altra dipendenza/abuso in associazione con la dipendenza da alcol, rappresentavano i soli fattori indipendentemente correlati con la percezione di una ridotta QoL secondaria ad una compromessa salute mentale (Tabella 3). A distanza di 3 mesi l'SF-36 è stato ri-somministrato a 109 (58%) pazienti ancora in carico. In questo sottogruppo è stato osservato un significativo miglioramento di tutte le scale e dei 2 indici derivati (Tabella 4), che raggiungevano valori simili a quelli osservati nella popolazione generale. Un miglioramento del valore di ISM è stato osservato in 88 (80,7%) pazienti. Nessuna delle variabili analizzate si correlava con l'aumentata probabilità di ottenere un miglioramento dell'ISM. Il valore basale di ISM non risultava avere un valore prognostico sulla permanenza in trattamento (p=0,67), mentre bassi valori di ISM si associavano ad una aumentata probabilità di raggiungere e mantene-

Tabella 2 – Valori medi, range e scostamento dalla norma dei risultati delle 8 scale e dei 2 indici riassuntivi dell'SF-36 osservati in 188 pazienti con dipendenza da alcol

	Valori			Scostamento DS
	Min	Max	Media±ESM	
ISF	20	68	46,0±0,67	-0,39
ISM	8	60	32,6±0,86	-1,74
Attività fisica	0	61,2	41,6±1,12	-0,84
Limitazioni RF	1,3	57,5	36,6±1,12	-1,34
Dolore fisico	6,9	61,2	39,4±0,96	-1,06
Salute generale	11	63	39,8±0,87	-1,02
Vitalità	1,2	65,6	39,2±0,88	-1,08
Attività sociali	1,3	60	33,3±0,92	-1,67
Limitazioni RE	12	61	35,6±0,98	-1,44
Salute mentale	5	66,2	35,5±0,96	-1,45

re una condizione di astinenza da alcol nel corso dei 3 mesi di osservazione (OR: 0,97; CI95%:0,94-0,99;p=0,01).

Conclusioni

La somministrazione del questionario SF-36 ha dimostrato una riduzione significativa della QoL nei pazienti alcol dipendenti, particolarmente evidente a carico delle 4 scale relative agli aspetti psicosociali della QoL e dell'ISM. Il sesso femminile e la concomitante presenza di altra dipendenza/abuso sono i soli fattori risultati indipendentemente correlati alla percezione di una ridotta salute mentale. Benché la percezione di una ridotta qualità della salute mentale non sia un indice prognostico di ritenzione in trattamento, si è potuto verificare una sua associazione con l'aumentata probabilità di raggiungere e mantenere una condizione di astinenza. Si potrebbe ipotizzare che questo risultato sia correlato ad una maggior consapevolezza della gravità delle proprie condizioni di salute e rappresentare quindi un incentivo all'adesione al trattamento. Se questa ipotesi fosse confermata, l'SF-36 potrebbe dimostrarsi un utile strumento di motivazione e di confronto con i pazienti, in particolare per favorire una presa di coscienza di malattia ed una maggior compliance ai programmi terapeutici proposti.

Tabella 3 – Fattori correlati ad una ridotta QoL

Variabile	RL Binaria		
	P=	OR	95% CI
Sesso femminile	0,007	2,65	1,30-5,4
Età avanzata	0,059	0,98	0,95-1,00
Altra dipendenza/abuso attuale	0,011	2,19	1,19-4,00
Diagnosi DSM asse I e/o II	0,002	2,63	1,44-4,80
Diagnosi DSM asse IV (>1)	0,097	1,63	0,91-2,67

Tabella 4 – Variazione dei valori delle 8 scale e dei 2 indici derivati in 109 pazienti con diagnosi di dipendenza da alcol

	SF-36 Basale	SF-36 3 mesi	Pazienti Migliorati	P=
Attività fisica	41,4±1,4	43,7±1,3	53(48,6%)	0,031
Limitazioni RF	36,8±1,5	45,0±1,3	62(56,9%)	0,001
Dolore fisico	40,0±1,2	47,4±1,2	64(58,7%)	0,001
Salute generale	40,3±1,1	47,2±1,1	75(68,8%)	0,001
Vitalità	38,4±1,1	47,3±1,1	81(74,3%)	0,001
Attività sociali	33,8±1,2	43,9±1,2	79(72,5%)	0,001
Limitazioni RE	35,2±1,3	44,9±1,2	68(62,4%)	0,001
Salute mentale	35,7±1,2	46,3±1,3	87(79,8%)	0,001
ISF	45,8±0,8	48,4±0,9	65(59,6%)	0,008
ISM	32,6±1,1	43,3±1,3	88(80,7%)	0,001

COSTRUZIONE E IMPLEMENTAZIONE DI UNO STRUMENTO PER LA GESTIONE ED IL TRATTAMENTO DEI PAZIENTI DEL DIPARTIMENTO INTEGRATO DI SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE DELLA ASL 1 IMPERIESE

Boselli P.*, Ardisson G.**, Rosso M.***, Marrara D.****, Pastorella M.*****, Maccagno M.*****
 * Responsabile Struttura Semplice dipartimentale Ricerca epidemiologica ASL 1 Imperiese
 ** Responsabile Struttura Complessa salute mentale e dipendenze ambito Sanremese ASL 1 imperiese
 *** OSS Sert Sanremo
 **** IG Cento Salute Mentale di Sanremo
 ***** IG Centro Salute Mentale Imperia
 ***** Direttore Dipartimento integrato salute mentale e dipendenze ASL 1 Imperiese

Introduzione

Dopo la formale integrazione tra il Dipartimento di Salute Mentale e quello delle Dipendenze Patologiche si è reso necessario trovare uno strumento di reale integrazione tra le due aree cliniche, che potesse fornire informazioni utili alle diverse prospettive del cliente, dell'area clinica, dell'area gestionale e di quella aziendale.

Metodo

A partire dallo strumento informatico MFP (multi-functional platform) già in uso presso il Dipartimento delle Dipendenze, sono state implementate delle modifiche che potessero essere utili anche alla salute mentale quali l'introduzione della cartella clinica semistrutturata con valutazione psicopatologica, l'introduzione della gestione della prescrizione farmacologica e dell'archivio storico delle prescrizioni, la gestione della somministrazione diretta dei farmaci, e delle prestazioni specifiche della salute mentale, l'introduzione di un collegamento con l'archivio ASL delle SDO (schede di dimissione ospedaliera) degli SPDC, ed il collegamento con il Pronto soccorso per il monitoraggio delle consulenze urgenti.

Risultati

Il sistema informatizzato che ne è derivato è dotato di una reportistica analitica su tutti i dati introdotti e permette quindi di soddisfare le diverse esigenze sia sotto la prospettiva del cliente (rintracciabilità delle informazioni in un'unica cartella, miglioramento della comunicazione nei diversi punti di accesso quali i CSm, i SerT, gli SPDC, il Pronto Soccorso), sia sotto la

prospettiva clinica (strumento di audit clinico e di risk management, monitoraggio dei drop out), sia sotto la prospettiva gestionale (analisi dei volumi e della tipologia di attività dei servizi, dell'assorbimento di risorse, dei dati epidemiologici a fini di monitoraggio, di riprogettazione e di benchmarking tra servizi), sia sotto la prospettiva aziendale (monitoraggio costi della residenzialità, della spesa farmacologica o del costo del percorso di singoli gruppi di utenti), sia sotto il punto di vista regionale (analisi report di attività o dati epidemiologici a fini di politica sanitaria).

Conclusioni

Lo strumento così implementato è in grado contemporaneamente di rispondere ad esigenze di differenti stakeholder interni ed esterni al Dipartimento Integrato, consentendo inoltre di omogeneizzare i comportamenti tra servizi con missioni differenti e di favorire una reale integrazione tra gli stessi.

10

IL PROGETTO BENESSERE: UN'ESPERIENZA AL SER.T DI PISA

Paffi D.*, Capovani B.**,
Nocciola M.***, Giuntoli L.****
*Responsabile U.F.C. Ser.T
**Medico Psichiatra
***Educatore Professionale
****Assistente Sociale

Presso il Ser.T di Pisa, dal febbraio del 2009, come ulteriore risorsa terapeutica nell'ambito della multidisciplinarietà della struttura del percorso assistenziale, abbiamo istituito il Progetto Benessere.

Il Progetto benessere è un'iniziativa realizzata da Eli Lilly, che utilizza un intervento riabilitativo di gruppo di tipo psicoeducazionale, i cui destinatari in origine erano solo pazienti con patologie psichiatriche seguiti presso strutture psichiatriche territoriali ed universitarie.

L'idea di sperimentare questo intervento riabilitativo nell'ambito di un Servizio delle Dipendenze nasce dal desiderio di volgere l'attenzione su quelle aree cosiddette "sane" della persona e migliorare la qualità della vita compromessa dal Disturbo da Uso di sostanze, dalla frequente comorbidità con altri Disturbi di Asse I e dalle terapie psicofarmacologiche assunte.

Lo scopo di questo progetto, che ha una durata di 15-20 settimane ed è costituito da incontri settimanali di 1 ora e 30 minuti, è di fare raggiungere ai pazienti affetti da Disturbo da Dipendenza da sostanze in comorbidità con altri Disturbi di Asse I miglioramenti sul fronte della salute fisica e psichica attraverso modifiche del proprio stile di vita.

Il Progetto Benessere, come parte integrante del programma terapeutico individuale, mira a ricordare, risvegliare e stimolare gli aspetti più positivi della dimensione corporea e mentale, fornendo informazioni su tematiche relative agli stili di vita riguardanti in particolare l'alimentazione e il movimento fisico.

L'équipe che segue il progetto è composta da un Medico Psichiatra, un Educatore Professionale ed un'Assistente Sociale.

I contenuti del Progetto Benessere si compongono di due parti, alimentazione ed esercizio fisico, nell'ambito delle quali vengono affrontati i seguenti argomenti:

- Definizione condivisa di benessere e di un sano stile di vita
- Valutazione del peso forma (BMI : peso/altezza al quadrato)
- Piramide alimentare italiana (si articola in 6 piani in cui sono disposti i principali gruppi di alimenti: 1- cereali e derivati, 2- verdura 3- frutta 4- carne, uova, pesce e legumi 5- latte e derivati 6- grassi da condimento)
- Determinazione dell'equilibrio tra apporto calorico e consumo energetico
- Alcol
- Spesa, conservazione e cottura degli alimenti

- Formulazione obiettivi individuali
- Ostacoli allo svolgimento dell'esercizio fisico e segnali derivanti dall'essere fuori forma
- Suggestioni per incrementare l'attività fisica in maniera semplice
- Monitoraggio del battito cardiaco e del battito cardiaco sotto sforzo
- Esercizio fisico e scelta del programma di esercizio fisico
- Fasi e avvio di un programma di esercizio fisico.

Ad ogni partecipante al Tempo Zero (T0) e al Tempo Finale (TF) vengono somministrati:

- "Test di valutazione dello stile di vita" (una serie di items che indagano sulle abitudini alimentari, sul movimento fisico e sul grado di soddisfazione del proprio stile di vita);
- Scala analogico-visiva per la misurazione del craving;
- Scheda di rilevazione del peso corporeo.

Inoltre all'inizio e alla fine del progetto vengono effettuati i seguenti esami ematochimici: emocromo con piastrine, tempo di tromboplastina parz., attività protrombinica, INR, alanina aminotransferasi, aspartato aminotransferasi, alfa-amilasi, bilirubina totale, bilirubina diretta, s-cloruro, colesterolo tot., colesterolo hdl, trigliceridi, creatinina, glicemia, fosfatasi alcalina, glicemia, potassio, sodio, proteine totali, protidogramma, cdt.

Dall'analisi dei dati ricavati dal primo intervento riabilitativo del Progetto Benessere che si è svolto dall'11 febbraio al 27 maggio del 2009 su 11 pazienti emerge che :

- 1) Il 72,7 % dei pazienti ha completato il progetto (8 su 11).
- 2) I 3 drop-out si sono verificati dopo il secondo e terzo incontro.
- 3) In relazione temporale con il programma psicoeducazionale si è verificata una riduzione di peso nel 75% dei partecipanti.
- 4) Dall'analisi della scala analogico-visiva, somministrata all'inizio e alla fine del progetto, per la valutazione del craving, è emerso che l'85% dei pazienti ha avuto una riduzione del craving per tutte le sostanze psicoattive e i test per la valutazione dello stile di vita hanno evidenziato un incremento della attività sportiva e della attività di svago rispettivamente nel 62% e nel 50% dei pazienti.
- 5) Oltre il 50% dei partecipanti ha cambiato la percezione del proprio stile di vita da insoddisfacente a soddisfacente.
- 6) Gli esami ematochimici effettuati all'inizio e alla fine del progetto hanno mostrato miglioramenti anche se non significativi soprattutto relativamente ai valori di colesterolo, trigliceridi e transaminasi.

L'età media dei pazienti (9 maschi e 2 femmine) che hanno partecipato al progetto benessere i cui dati sono già stati analizzati, è 42,25 (range 26-54), 4 presentavano una diagnosi di Disturbo da Uso di alcol e 7 una diagnosi di Disturbo da uso di eroina,

Tutti i pazienti assumevano una terapia psicofarmacologica costituita dai seguenti farmaci assunti isolatamente o in associazione: metadone cloridrato, buprenorfina, acido valproico, gabapentin, SSRI, SNRI

e antipsicotici atipici.

I Disturbi di Asse I più rappresentati sono stati il Bipolare II e il Bipolare I presenti rispettivamente in 6 e 3 pazienti.

Il Disturbo di Panico e il Disturbo da Ansia Generalizzata sono stati diagnosticati rispettivamente in 3 ed in 1 paziente.

Questa esperienza è stata vissuta in maniera positiva sia dai pazienti che vi hanno partecipato sia dagli operatori e riteniamo quindi che questo programma psicoeducazionale possa essere considerato un buon strumento di integrazione terapeutica anche per i pazienti in trattamento presso i Servizi delle Dipendenze.

Biografia

1. Journal of nursing scholarship, 2003; 35:3, 237-241
2. Baldini L, Anedda A, Fusconi G, Bernardi G, Laghi G, Babini A et al. Effects du sport pour tous sur le modifications du Style de vie: Sport e Obesità. Livre des résumés 10e Congrès Mondial du Sport pour Tous 2004. Rome, Italie 11-14 novembre 2004:36.
3. Booth FW, Gordon SE, Carlson CJ, Hamilton MT. Waging war on modern chronic diseases: primary prevention through exercise biology. J Appl Physiol 2000; 88:774-87.
4. Bonetti A, Soresi P, Grago E, Fiorella PL, Anedda
5. Battistini GC et al. Tabagismo e attività sportiva in Emilia Romagna. Med Sport 2002;55:83-8.
6. Bonetti A. Diabete mellito ed esercizio fisico. Med Sport 2001;54:183-93.
7. Bonetti A. Attività fisica, metabolismo lipidico e rischio cardiovascolare. Sport Card 2001;11:159-68.
8. Halbert JA, Silagy CA, Finucane P, Withers RT, Hamdolf PA. Exercise training and blood lipids in hyperlipidemic and normolipidemic adults: a metaanalysis of randomized, controlled trials. Eur J Clin 1999;53:514-22.
9. Wei M, Gibbons LW, Kampert JB, Nichaman MZ, Blair SN. Low cardiorespiratory fitness and physical inactivity as predictors of mortality in men with type II diabetes. Ann Inter Med 2000;132:605-11.

Cocaine use in heroin addicted patients treated with long term methadone therapy

Paffi D, Lamanna F., Cerrai E, Labella S, Capovani B.

U.F.C. Ser.T. ASL 5 PISA

The aim of our study is to evaluate the rate of patients affected by Heroin Dependence Disorder treated with long term methadone therapy that use cocaine.

A sample of 345 patients, with Heroin Dependence Disorder (sustained partial remission) treated with methadone, was subjected to urinalyses for a 6 month period, to monitoring both heroin and cocaine use in combination or separately.

SCID I for DSM IVTR was somministrated to all patients.

The average age was 35,9 years (range 23-49), 283 males (81,9%).

- Number of urinalyses during the 6 month period of observation: **9028**
- Number of positive results to heroin/cocaine urinalyses in combination or separately: **857 (9%)**

The initial diagnoses in the patient of study (n.345)	n.	%
Opiate Dependence Disorder	259	74.5
Opiate Dependence Disorder + Cocaine Use Disorder	86	25.5

Urinalyses results in the total sample (n.345)	n.	%
Patients with at least 1 positive control to heroin/cocaine	206	59%
Patients with at least 2 positive control to heroin/cocaine	154	45%
Patients with at least 3 positive control to heroin/cocaine	75	21%

Distribution of heroin and cocaine positivity in patients with at least 1 positive control to heroin/cocaine(n.206)		
	n.	%
Patients with heroin and cocaine positive urinalyses	80	49%
Patients with heroin positive urinalyses	86	19%
Patients with cocaine positive urinalyses	40	38%

Among the 345 patients of the study, 120 (48%) used cocaine alone or in combination with heroin.

The rate of patients that use cocaine is higher than that at the first diagnosis.

This evidence may suggest:

- The improvement of cocaine use is due to natural evolution of heroin dependence
- Urinalyses could be more effective to find out cocaine use than the toxicological anamnesis revealed during the first evaluation by SCID so the rate of cocaine use could be the same.
- Methadone isn't useful to prevent cocaine use.

Bibliografia

Maremmanni J, Pani PP, Mellini A, Pacini M, Marini G, Lovrecic M, Perugi G, Shinderman M. Alcohol and cocaine use and abuse among opioid addicts engaged in a methadone maintenance treatment program. J Addict Dis, 2007;26(1):61-70.
 Smith JE, Co C, Collier MD, Hemby SE, Martin TJ. Self-administered heroin and cocaine combinations in the rat: additive reinforcing effects-supra-additive effects on nucleus accumbens extracellular dopamine. Neuropsychopharmacology. 2006 Jan;31(1):139-50.
 Stewart J. Drug-induced reinstatement to heroin and cocaine seeking: a rodent model of relapse in polydrug use. Exp Clin Psychopharmacol. 2001 Aug;9(3):297-306.

Random Urinalyses VS Weekly Urinalyses For the monitoring of heroin addiction's course

Paffi D, Lamanna F, Capovani B.

E.U.F.C. Ser.T. ASL 5 PISA

The aim of our study is to compare the rate of positive urinalyses in a sample of patients affected by heroin addiction, subjected for a 6 month period to random analysis, with another sample of patients subjected to analysis once/twice a week for the same period.

The patients, with weekly take home buprenorphine or methadone, who came to our department from 1/1/2008 to 30/6/2008 to take and to take home the drug, had 1/3 of probability to be subjected to urinal control.

If the patient refused the analyses, this exam was accounted as positive for heroin.

The control sample was constituted by patients, affected by Heroin addiction and treated with buprenorphine or methadone as the other sample but subjected to analysis once/twice a week.

Results :

Year	2007	2008
Total number of urinalyses	9028	4844
Positive test (%)	857 (9%)	307 (6%)
Total patients	345	305
Patients with positive test (%)		
1 positive test	206 (59%)	137 (45%)
2 positive test	154 (45%)	114 (37%)
3 positive test	75 (21%)	34 (11%)

- A 6 month observation period could be long enough to reduce near to zero the probability not to diagnose a relapse into heroin addiction in patients subjected to random analysis (1 on 3).
- The lack of a significant difference between the rate of positive urinalyses in the two patients samples (related to the number of controls), could suggest that the frequency of urinalyses doesn't influence the course of heroin addiction.
- So if the urine test is useful to monitoring heroin use and not to support heroin discontinuation, the random urinalysis could be better for a cost/benefit ratio.

Bibliografia

1) Compton PA, Ling W, Wesson DR, Charuvastra VC, Wilkins J: Urine toxicology as an outcome measure in drug abuse clinical trials: must every sample be analyzed?; J Addict Dis, 15(2):85-92, 1996.
 2) Chutuape MA, Silverman K, Stitzer ML: Effects of urine testing frequency on outcome in a methadone take-home contingency program; Drug Alcohol Depend, Mar 1;62(1): 69-76, 2001.
 3) Gerra G, Ferri M, Polidori E, Santoro G, Zaimovic A, Sternieri E: Long-term methadone maintenance effectiveness: psychosocial and pharmacological variables; J Subst Abuse Treat, Jul, 25(1): 1-8.

13

STUDIO OSSERVAZIONALE SU PERIODI STORICI E PAZIENTI TOSSICODIPENDENTI

Cappa C.*, Rivela E.*, Bignamini E.*

*Dipartimento Dipendenze 1 Asl TO2 Torino

Quando una sostanza stupefacente risulta in qualche modo consona alla cultura del momento, non vista in modo negativo, i soggetti che ne faranno uso saranno persone nella media della popolazione e l'uso sarà un uso generalizzato. Abbiamo ipotizzato che anche sotto il profilo del temperamento e del carattere le persone che fanno uso di una sostanza non chiaramente definita come negativa, entreranno nei percentili di media della popolazione generale, mentre tali valori si discosteranno con il variare della concezione morale della sostanza che diventerà sostanza di uso di fasce popolazioni più problematiche.

SCOPO DEL LAVORO

Lo studio si è proposto, attraverso il confronto di alcune caratteristiche dei soggetti tossicodipendenti (tipo di sostanza primaria, età di esordio, profilo psicopatologico al TCI-R, anni storici in cui si è sviluppata la dipendenza) di individuare possibili differenze e di collegarle ai determinanti sociali della dipendenza, nell'ipotesi che la patogenesi multifattoriale della patologia trovi nella cultura e nel "sentire" collettivi una forza che ha effetti plastici sulla espressione della tossicodipendenza.

MATERIALI E METODI

146 pazienti, 26 con dipendenza da cocaina e 120 da eroina, astinenti da almeno tre mesi, sono stati testati con il Temperament & Character Inventory-Revised (TCI-R) (Cloninger, 1999). Il campione è stato selezionato fra i pazienti del Dipartimento Dipendenze 1 dell'Asl To 2 che si sono resi disponibili ad effettuare il questionario. Ai pazienti è stata chiesta l'età di inizio dell'assunzione di eroina o cocaina ed i dati anagrafici di base. L'età di inizio è stata suddivisa in prima e dopo i venti anni di età. Le considerazioni e le valutazioni sul TCI-R sono state effettuate sui percentili, e non sui dati grezzi, in modo da poter effettuare un paragone rispetto ad eventuali devianze rispetto alla popolazione generale.

RISULTATI

La popolazione osservata si presenta omogenea rispetto all'età di esordio della dipendenza e rispetto a determinanti sociali (anni di studio e stato civile) (Tab.1). Si discosta rispetto all'anno di nascita: i cocainomani sono più giovani degli eroinomani e l'anno di inizio dell'uso di eroina e cocaina è differente. I cocainomani hanno un tasso di disoccupazione inferiore. Tra eroinomani ed cocainomani (Tab. 2 e Graf. 1) si rilevano delle diversità nella NS (Novelty Seeking) ($p<0,001$) e RD (Reward Dependence) ($p<0,05$) che

risultano significativamente più basse nei cocainomani, e nella SD (Self-Directedness) più alta nei cocainomani ($p<0,05$). L'andamento nel corso degli anni rileva alcune tendenze negli eroinomani (Graf. 2): un progressivo aumento della NS mano a mano che si va avanti con l'anno di nascita. Tutti gli items del carattere, si modificano negli anni, portandosi su valori al di sotto della media percentile di popolazione. L'età di esordio della dipendenza trova differenze tra gli eroinomani, mentre rimane abbastanza omogenea nei cocainomani (Tab.3). Negli eroinomani, si rilevano differenze tra la NS più alta nei soggetti ad esordio precoce ($p<0,05$) e in tutti i tratti caratteriali (SD ($p<0,05$); C (Cooperativeness) $p<0,01$; ST (Self-Transcendence) ($p<0,05$) risultano valori più bassi nei pazienti ad esordio precoce.

DISCUSSIONE

La popolazione osservata si presenta omogenea per quanto riguarda gli anni di studio e l'età d'esordio della tossicodipendenza. Quello che varia nel campione osservato è l'anno di nascita (l'età attuale): la popolazione dei cocainomani tende ad essere più giovane rispetto ai pazienti eroinomani. Si osserva una differenza rispetto all'anno storico di inizio dell'uso delle due droghe. L'anno di esordio dell'uso di cocaina rispecchia il momento storico di esplosione, in Italia, del consumo di tale sostanza. L'eroina, per contro, sembra portarsi avanti per un decennio dal periodo in cui assistette al rapido diffondersi di tale consumo. Tale dato sembra suggerire che la popolazione degli eroinomani comprenda sia soggetti divenuti dipendenti durante il periodo in cui l'eroina non veniva ancora connotata chiaramente come sostanza stupefacente pericolosa, sia soggetti che hanno iniziato a farne uso dopo, quando la cultura generale iniziava a discostarsi in modo critico. La popolazione di eroinomani potrebbe essersi modificata nel corso degli anni proprio a causa del diverso significato sociale attribuito a tale sostanza. I dati rilevano la presenza di una variazione della struttura di personalità dei pazienti da quelli nati negli anni cinquanta a quelli nati negli anni ottanta. Tali dati sembrano essere suggestivi del cambiamento di significato che l'eroina ha avuto nell'ambito della società nel corso di questi trenta anni. Le variazioni appaiono nette nella NS in cui da valori che inizialmente rientravano nei percentili della media di popolazioni, nel corso degli anni si sono spostati su percentili più alti. Per contro i tratti del carattere SD, C e ST si sono abbassati su valori inferiori alla media di popolazione. Questi dati suggeriscono che, nel corso degli anni, la popolazione degli eroinomani afferenti al servizio sia diventata sempre più problematica sul piano psicopatologico. Sulla base di queste osservazioni, potremmo ipotizzare che nella prima fase della diffusione dell'eroina gli assuntori fossero più vicini, sotto il profilo psicopatologico, alla popolazione normale, mentre successivamente la sostanza abbia esercitato una maggiore attrazione su soggetti decisamente più problematici. Ciò potrebbe essere in relazione ai determinanti ambientali della tossicodipendenza: una minore consapevolezza, esplicitazione e condanna a livello di informazione di massa della

sostanza (in altri termini: una minore emotività collettiva negativa verso l'eroina) in un primo tempo, e una successiva sempre maggiore condanna sociale dell'eroinomane, associato a cliché negativi e condannati: questo avrebbe avuto un effetto deterrente sui potenziali assuntori meno problematici dal punto di vista psicopatologico, mentre non avrebbe avuto nessuna influenza sui soggetti più patologici in ordine alla loro relativa incapacità di stare in contatto con la collettività.

Per verificare queste considerazioni, riprendendo le ipotesi di Cloninger sulle tipologie di pazienti con dipendenza, abbiamo valutato se nei soggetti presi in considerazione vi fosse una diversità tra pazienti con esordio precoce (≤ 20 anni) e con esordio tardivo (> 20 anni). Le differenze sono state evidenziate nei soli pazienti eroinomani. Gli eroinomani ad esordio precoce presentano livelli di NS più alti e livelli di SD, C e ST più bassi che tendono a scostarsi dalla media dei percentili della popolazione generale, mentre i soggetti ad esordio tardivo tendono a mantenere tali tratti nella media percentile della popolazione. Sembra pertanto che soggetti che hanno avuto accesso più precocemente alla eroina siano giovani problematici che la utilizzano con una modalità "terapeutica", o di automedicazione in accordo con le teorie di Khantzian (1985). Si potrebbe quindi considerarli prevalentemente tossicomani "secondari"; i soggetti con esordio più tardivo sarebbero invece soggetti statisticamente "normali", in cui l'incontro con l'eroina può avvenire in un percorso di esperienze trasgressive casuali e per i quali il fattore patogenetico fondamentale è costituito dall'effetto di imprinting e trasformativo della sostanza (tossicomani "primari"). Questo non è stato rilevato nei pazienti cocainomani, nei quali i valori tendono ad essere omogenei tra le due popolazioni (esordio precoce e esordio tardivo), suggerendo che l'appetibilità "sociale" della cocaina (cioè il pregiudizio sociale positivo verso questa sostanza) favorisca e determini un accesso ad essa in modo omogeneo da parte di tutta la popolazione, prevalendo l'illusione che sia una sostanza ludico-ricreativa, performante, finzione mantenuta anche quando, in realtà, viene assunta come rimedio ad insufficienze personali o ambientali.

I dati sono parziali: il campione necessita di essere più numeroso, e comprende solo la popolazione di un servizio per le dipendenze di una area torinese storicamente socialmente deprivata e che continua ad esserlo a tutt'oggi (come si evince, ad esempio, dai dati sugli anni di studio che sono bassi). Tuttavia i dati ottenuti appaiono suggestivi di un progressiva mutazione della popolazione tossicodipendente. I dati sui cocainomani, tenendo conto dell'esiguità del campione, sono sostanzialmente omogenei e non differiscono tra di loro rispetto ad anno di nascita, età di esordio, anno di esordio. Quello che tuttavia emerge, nei pazienti dipendenti da cocaina, è la presenza di livelli di RD e di C sotto la media di popolazione. Si potrebbe azzardare che, allo stato attuale, la cocaina funziona come elemento in grado di migliorare l'integrazione nella società soprattutto per persone con difficoltà di percepire e di percepirsi con il prossimo.

CONCLUSIONI

Pur su un campione ridotto, è possibile rilevare differenze significative nel profilo psicopatologico tra sottopopolazioni in ordine agli anni storici in cui i soggetti hanno iniziato ad assumere sostanze psicotrope, il che riflette l'influenza del macroambiente sulla patogenesi della tossicodipendenza. Inoltre, è possibile evidenziare differenze in sottopopolazioni in relazione alla età di esordio, individuando una maggior presenza di tratti psicopatologici tra i più giovani e quindi valorizzando la patogenesi di tipo secondario ("autoterapeutica"). Ancora, seppur con la grande limitazione della scarsa numerosità del campione di cocainomani, è possibile osservare l'impatto attuale dei pregiudizi sociali sulle due differenti sostanze: eroina e cocaina. La pressione della considerazione sociale determina una selezione delle caratteristiche "premorbose" dei soggetti, orientandoli nella scelta della sostanza.

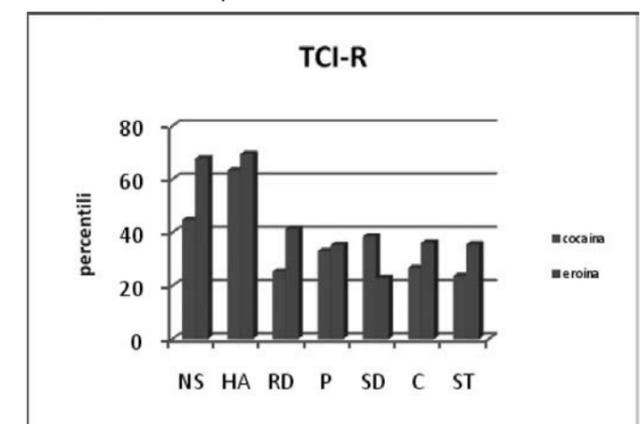
Tab.1 - Dati anagrafici

	EROINA (N=120)	COCAINA (N=26)	p
Anno di nascita	1969,11 ± 6,22	1977,69 ± 6,31	p<0.001
Anno di esordio	1988,89±6,33	1998,15±7,53	p<0.001
Età di esordio	19,77 ± 4,88	20,46 ± 5,90	ns
Anni di studio	9,28 ± 2,87	9,61 ± 2,17	ns
Occupati	22 (18,4%)	22 (84,6%)	
Disoccupati	98 (81,6%)	4 (15,4%)	

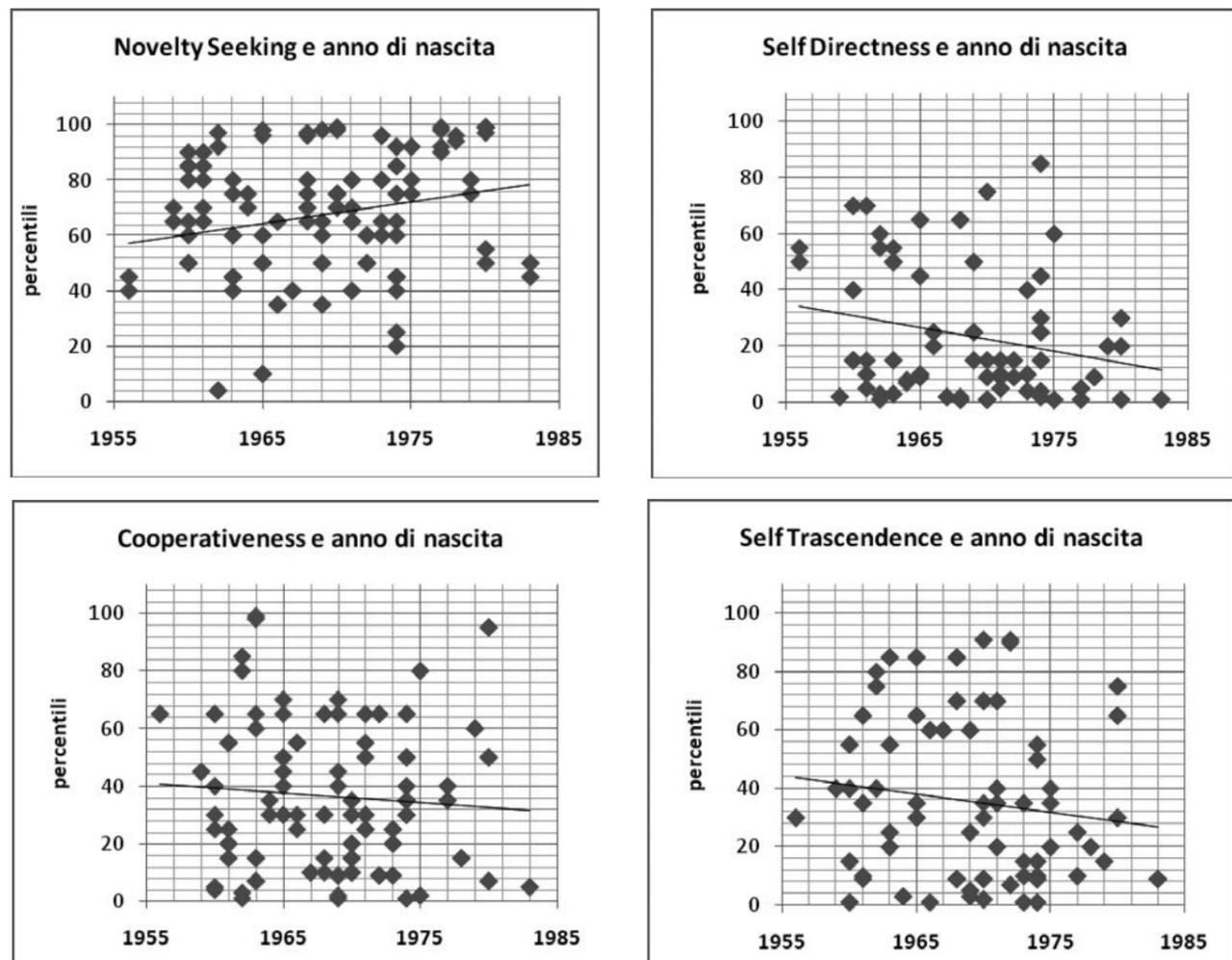
Tab. 1 - TCI-R e pazienti eroinomani e cocainomani

TCI-R	EROINA	COCAINA	p
NS	67,72 ± 24,18	44,77 ± 23,06	p<0.001
HA	69,48 ± 24,89	63,31 ± 21,85	ns
RD	41,31 ± 18,45	25,31 ± 23,70	p<0.05
P	35,34 ± 29,11	33,08 ± 26,70	ns
SD	22,82 ± 34,41	38,54 ± 22,89	P<0.05
C	36,05 ± 24,34	26,69 ± 24,74	ns
ST	35,49 ± 20,19	23,62 ± 27,09	ns

Graf. 2 - TCI-R e pazienti eroinomani e cocainomani



Graf. 2 - Pazienti dipendenti da eroina e TCI-R



Tab.3 - TCI-R e pazienti da esordio precoce e tardivo

	EROINA			COCAINA		
	Esordio ≤20 (n=78)	Esordio >20 (n=42)	p	Esordio ≤20 (n=16)	Esordio >20 (n=10)	p
Anno nascita	1971,69±5,80	1968,65±5,24	P<0,01	1978,37±7,57	1976,6±3,63	Ns
NS	70,78±18,28	61,90±24,99	p<0,05	45,25±25,78	41,11±22,71	Ns
HA	70,23±17,08	68,05±23,66	ns	67,88±26,06	55,00±22,21	Ns
RD	42,48±21,30	39,10±20,85	ns	25,63±20,70	24,78±15,21	Ns
P	35,50±24,08	35,05±26,21	ns	39,50±28,74	23,67±28,05	Ns
SD	19,53±16,33	29,10±24,98	p<0,05	38,00±31,93	41,56±39,86	Ns
C	31,80±18,04	44,14±27,26	p<0,01	25,50±22,10	31,56±28,73	Ns
ST	31,83±20,16	42,48±31,32	p<0,05	28,88±22,81	16,78±11,75	Ns

14

LE MALATTIE METABOLICHE NEI SOGGETTI TOSSICODIPENDENTI: LA NOSTRA ESPERIENZA

Carbone V.*, Caracciolo P.*, Ferretti M.R.*, Russo F.*, Pescicolo R.**, Iovine A.**, Limardi A.***, Del Tufo S.****

*Specialista ambulatoriale Ser.T DSB33 ASL NA1 CENTRO

**Infermiere professionale Ser.T DSB33 ASL NA1 CENTRO

***Dirigente medico Ser.T DSB33 ASL NA1 CENTRO

****Responsabile Ser.T DSB33 ASL NA1 CENTRO

INTRODUZIONE

La sindrome metabolica descrive un insieme di fattori di rischio che aumentano la possibilità di sviluppare malattie cardiache, ictus e diabete. Viene diagnosticata quando sono presenti tre o più dei seguenti fattori di rischio: elevata quantità di tessuto adiposo addominale, basso livello di colesterolo HDL (meno di 40 mg/dl nell'uomo e meno di 50 mg nella donna), elevati livelli di trigliceridi (valori superiori a 150 mg/dl), elevati livelli di pressione arteriosa, elevati livelli di glicemia (>100 mg/dl). La presenza di tre o più di questi fattori di rischio è un segno che l'organismo è resistente all'azione dell'insulina. Il riscontro di elevati valori di insulina nel sangue a fronte di valori normali di glicemia rappresenta un indice indiretto di tale condizione. La sindrome metabolica è molto frequente nella popolazione e il rischio di sviluppare la sindrome cresce con l'aumentare dell'età.

I soggetti affetti da sindrome metabolica hanno spesso cattive abitudini e comportamenti dannosi, quali cattive scelte alimentari, iperalimentazione, fumo, sedentarietà, stress, tanto è vero che nelle civiltà meno ricche, caratterizzate da alimentazione più semplice e maggiore attività fisica, questa malattia è pressoché sconosciuta. Una sindrome metabolica aumenta la possibilità di infarti e ictus di circa tre volte e colpisce circa il 20-25% della popolazione generale. Il fegato è l'organo maggiormente coinvolto nel metabolismo intermedio dei nutrienti assorbiti nel tratto gastrointestinale.

Alterazioni metaboliche su base tossica, dismetabolica, nutrizionale possono essere causa di steatosi epatica (accumulo di lipidi nell'epatocita). La steatosi epatica non secondaria a farmaci, alcool o altre condizioni (NASH) è ritenuta l'espressione epatica della sindrome metabolica e può progredire verso la cirrosi e l'insufficienza epatica. I pazienti dei Ser.T per motivi facilmente intuibili hanno uno stile di vita certamente non moderato ed inoltre hanno patologie correlate, quali HCV, HIV, HBV che potrebbero in un certo senso favorire lo sviluppo di malattie metaboliche. Il seguente lavoro è stato realizzato su un campione di soggetti tossicodipendenti, per verificare se e come il loro stile di vita e le patologie ad esso correlate possano influenzare il rischio di sviluppare tali malattie. Sono riportati in letteratura studi, principalmente giappo-

nesi, che dimostrano un'associazione tra virus HCV e DM2.

MATERIALE E METODI

202 pazienti che negli anni hanno frequentato il Ser.T DSB33 ASL NA1 CENTRO a partire dal 1992 sono stati reclutati per questo studio. A tutti è stato prelevato un campione di sangue e sono stati valutati parametri come glicemia, insulinemia, colesterolemia, trigliceridemia. I dati, ottenuti dalle cartelle cliniche custodite presso il Ser.T DSB33 ASL NA1 CENTRO, sono stati analizzati mediante il programma Stata ed è stata effettuata una regressione logistica multipla. La selezione delle cartelle cliniche è stata effettuata random tra tutti quelli che hanno frequentato il Ser.T nell'anno 2009.

RISULTATI

Sono stati esaminati 202 pazienti. L'età media dei testati era di 39 anni (min 18 max 69). L'88% erano maschi. Il 40,1% erano HCV positivi, su un totale di 197 testati, il 5,79% HIV positivi su 190 testati. Il 16,83 aveva una glicemia superiore a 100, il 26,21 % un eccessivo livello di insulinemia. Il 55% dei testati era abusatore primario di eroina, il 20,1% di cocaina, il 15% di sostanze alcoliche. Il 28,2% aveva un livello di colesterolo HDL più basso rispetto alla norma, il 34,65% un più elevato livello di trigliceridi nel sangue. Circa il 75% dei testati era in trattamento con metadone cl, il 13,08% con suboxone. Effettuando la regressione logistica multipla si è evidenziata una correlazione positiva tra iperinsulinemia e ipertrigliceridemia, iperglicemia, basso livello di colesterolo HDL, e sesso femminile. Si è osservata inoltre correlazione positiva tra positività al test HIV e assunzione di farmaci sostitutivi (metadone cl, suboxone, alcover) e. Non sono state trovate correlazioni statisticamente significative con la sindrome metabolica, al contrario, né per HIV, né per HCV, né per utilizzo di sostanze, né per trattamento con farmaci sostitutivi.

DISCUSSIONE

I dati in nostro possesso evidenziano una positività per HIV e HCV più bassa rispetto sulla media nazionale (12% HIV positivi e 60% HCV positivi nel 2006). Abbiamo riscontrato una alta adesione dei nostri pazienti ai test HIV e HCV (più del 90%), contrariamente alla tendenza nazionale riportata nel Rapporto al Parlamento per l'anno 2008. Inoltre si evidenzia mancanza di correlazioni significative tra sindrome metabolica e abuso di sostanze stupefacenti e anche tra sindrome metabolica e patologie correlate con la tossicodipendenza (HIV, HCV), contrariamente a quanto affermato negli studi giapponesi da noi presi in considerazione. Possiamo dunque affermare che lo stile di vita dei nostri pazienti, sebbene quasi tutti abusatori di sostanze stupefacenti e in trattamento con farmaci sostitutivi probabilmente non influenza l'insorgenza di tali malattie. Molto probabilmente dunque essi attuano gli stessi meccanismi di protezione di tutta la popolazione nei confronti dei fattori di rischio di tali malattie.

BIBLIOGRAFIA

Donadio F, Masserini B, Benetti E, Orsi E, Beck-Peccoz P. La sindrome metabolica (Rassegna). Università degli studi di Milano U.O. Endocrinologia e diabetologia.

Simone L. Coinvolgimento epatico nella sindrome metabolica. Ferrara 6 febbraio 2010

Masotti G. Ipertensione arteriosa e sindrome metabolica.

Pasquali R. La sindrome metabolica. U.O. Endocrinologia Policlinico S. Orsola-Malpighi Bologna

Piccioletto A. Diagnosi e terapia delle epatiti. Il fegato nella sindrome metabolica. Dipartimento Medicina Interna Università di Genova.

Ministero della Salute. Rapporto SerT 2008 sulle tossicodipendenze

Hironobu M, Konji M et al. Involvement of the PA28-Dependent pathway in Insulin Resistance induced by Hepatitis C virus core protein. Journal of Virology, feb 2007 1727-35

Takumi K, Takafumi Y et al. Hepatitis C virus down-regulates Insulin receptor Substrates 1 and 2 through up-regulation of Suppressor of Citokine signaling 3. Am Journal of Patology, vol 165, n 5, 5 November 2004

15

PREVALENZA DI HIV E HCV NEI MIGRANTI DELL'EST EUROPEO E DEL NORDAFRICA: CARATTERISTICHE E DIFFERENZE

Carbone V.*, Caracciolo P.*, Ferretti M.R.*, Russo F.*, Pescicolo R.***, Limardi A.***, Del Tufo S.****
 *Specialista ambulatoriale SerT DSB33 ASL NA1 CENTRO
 **Infermiere professionale SerT DSB33 ASL NA1 CENTRO
 ***Dirigente medico SerT DSB33 ASL NA1 CENTRO
 ****Responsabile SerT DSB33 ASL NA1 CENTRO

INTRODUZIONE

Negli ultimi venti anni, a partire dalla fine degli anni 80, con la caduta dei regimi dell'est europeo e l'inizio delle migrazioni dal nord Africa, anche l'Italia ha iniziato ad avere una fetta di popolazione proveniente da altre culture, fino ad arrivare a rappresentare circa il 5,2% della popolazione alla fine del 2005 (3.035.000), considerando solo gli immigrati regolari. Si calcola che nel 2015 tale popolazione sarà raddoppiata. Tale aumento sarà dovuto in parte ai nuovi arrivi, ma anche alla nascita di figli di cittadini stranieri. Ogni 10 stranieri, cinque sono europei, due sono africani, due asiatici, uno americano. Gli originari dell'est europeo sono circa un milione, per l'Africa la percentuale maggiore è quella marocchina.

I Ser.T, istituiti in Italia col DM 30/11/90 n.444, hanno dapprima ospitato tossicodipendenti di nazionalità solo italiana, poi man mano anche di altre nazionalità, con usi e consumi diversi. Gli utenti dei Ser.T, proprio per il loro stile di vita (scambio di siringhe, rapporti promiscui) sono tra i soggetti più a rischio di malattie infettive, le più pericolose delle quali sono HIV e epatite C, tanto che dei 57531 casi di AIDS riportati dal registro nazionale AIDS dal 1982 al 2006, il 57,7% sono tossicodipendenti. Sebbene questa percentuale sia in decremento (nel 2006 questa popolazione è scesa al 28,4%) l'impatto dell'infezione da HIV tra i tossicodipendenti continua ad essere rilevante, con una percentuale dei sieropositivi rispetto al totale del 12%. Ancora molto elevata invece, la percentuale dei soggetti affetti da epatite C (62%). L'influenza del fattore anzianità dell'utenza è molto evidente: i malati di HIV, epatite B e C sono molto meno numerosi tra i nuovi utenti rispetto a quelli già in carico. Tra i nostri utenti extracomunitari abbiamo cercato di analizzare i due principali gruppi di provenienza, quello nordafricano e quello proveniente dall'Europa dell'est, per verificare se differenze di comportamenti, culture e religioni possano influire sulla possibilità di essere positivi al virus HIV e HCV.

MATERIALE E METODI

177 pazienti extracomunitari che negli anni hanno

frequentato il Ser.T DSB33 ASL NA1 CENTRO a partire dal 1992 sono stati reclutati per questo studio. Sono stati divisi in due gruppi: pazienti extracomunitari provenienti dal nord-africa e pazienti extracomunitari provenienti dall'est europeo. Tra i pazienti nordafricani sono stati considerati anche 6 pakistani, assimilati a questi ultimi per cultura e religione. I dati, ottenuti dalle cartelle cliniche custodite presso il Ser.T DSB33 ASL NA1 CENTRO, sono stati analizzati mediante il programma Stata ed è stata effettuata una regressione logistica multipla.

RISULTATI

Sono stati esaminati 177 pazienti, 96 provenienti dal nord-Africa e 81 provenienti dall'est europeo. L'età media dei pazienti dell'est europeo è di 31 anni (min 21 max 48), quella dei nord-africani è di 40 anni (min 21 max 67). I pazienti dell'est europeo provenivano da 11 nazioni diverse, con punte del 41% per gli ucraini e del 15% per i Bulgari, quelli del nord-Africa provenivano da 10 nazionalità diverse, con punte del 41,67% per i Tunisini, 29% per gli Algerini, 15% per i Marocchini. I pazienti dell'est europeo erano per l'86,42% maschi, mentre quelli nord africani lo erano per il 94,79%. Il livello di istruzione era maggiore per i pazienti dell'est europeo con un 54,93% di diplomati scuola media superiore e un 5,63% di laureati, rispetto al 17,86% di diplomati scuola media superiore e 2,39% di laureati provenienti dal nord-Africa, con un tasso di analfabetismo del 9,52% per i nordafricani e dell'1,41% per i pazienti est europei. La durata media della tossicodipendenza era maggiore per i pazienti del nord Africa, con una media di 10,6 anni (min 3 max 33) rispetto ai 7,8 anni (min 1 max 22) dei pazienti provenienti dall'est-europeo Il 91,95% dei pazienti nord-africani ha iniziato a far uso di sostanze in Italia, mentre addirittura il 63,51% dei pazienti dell'est-europeo ha iniziato nel paese di di origine. Riguardo alla sostanza di abuso primaria i pazienti dell'est europeo utilizzano eroina per l'81,25% e alcool per il 15% dei casi, mentre i pazienti del nord Africa sono prevalentemente utilizzatori di eroina (91,67%). Grandi differenze sono state riscontrate nelle due popolazioni riguardo le patologie infettive. L'81,92% dei pazienti ha praticato il test HIV, l'82,48% il test hcv. I pazienti nord-africani sono HIV positivi per il 3,85% dei casi su un totale di 78 testati e HCV positivi per il 15,19% su 79 testati. I pazienti dell'est europeo sono HIV positivi per il 20% su 65 testati e HCV positivi per il 64,71% su 68 testati. Effettuando la regressione logistica multipla si è evidenziata una correlazione positiva tra positività al test HIV e positività al test HCV, sia per la totalità dei pazienti, sia in particolare per quelli provenienti dall'est europeo. La positività al test HCV è correlata positivamente all'utilizzo di eroina come sostanza primaria, alla durata della tossicodipendenza maggiore di 5 anni e all'inizio della tossicodipendenza nel paese di origine. Per quanto riguarda il test HIV non è stata riscontrata alcuna correlazione statisticamente significativa.

DISCUSSIONE

I dati in nostro possesso evidenziano una positività per

HIV e HCV più elevata rispetto al trend nazionale per quanto riguarda i pazienti provenienti dall'est europeo, mentre quelli provenienti dal nord-Africa tutto sommato si assestano sulla media nazionale (4,5% HIV positivi nel 2006). Abbiamo riscontrato una alta adesione dei nostri pazienti ai test HIV e HCV (circa l'80%), contrariamente alla tendenza nazionale riportata nel Rapporto al Parlamento per l'anno 2008. Solo tre pazienti HIV positivi sono di sesso femminile nelle due popolazioni esaminate. Un dato che ci ha colpito e che riteniamo sia da mettere in relazione alle condizioni socio-politiche dei paesi di provenienza è l'altissima percentuale di inizio della tossicodipendenza per i pazienti nordafricani nella nostra nazione; i pazienti dell'est europeo per il 63 % hanno iniziato la tossicomania nei paesi d'origine. Possiamo dunque ipotizzare che i pazienti nord-africani, contrariamente a quelli dell'est europeo hanno mutuato i medesimi comportamenti di protezione dei tossicodipendenti campani per le malattie infettive, mentre i pazienti dell'est europeo, che hanno iniziato a far uso di sostanze prevalentemente nel paese di origine, sono più esposti a questi pericolosi e famigerati virus.

BIBLIOGRAFIA

Camari L, Siligoi B, Regine V. Prevalenza e determinanti dell'infezione da HIV in tossicodipendenti iniettivi in trattamento presso i Ser.T
 Ministero della Salute. Rapporto Ser.T 2006 sulle tossicodipendenze
 Rapporto immigrazione Caritas/Migrantes 2006

16

L.O.S.T.: LINEA OPERATIVA STRANIERI TOSSICODIPENDENTI ACCOGLIERE E CURARE STRANIERI TOSSICODIPENDENTI NEL TERRITORIO DI ROMA

Casella P., Lupi A.M., Borghesan M., Massaroni P., Garofalo S., Cantucci D., Ceccano A., Pizzuti M., Ricci M., Ballarin F., Tailmoun A.M., Ceban A.

Con la collaborazione di: Antonella Camposeragna

BACKGROUND

A partire dagli anni 90 il vertiginoso aumento dei flussi migratori ha determinato un notevole incremento della domanda di cura da parte dell'utenza immigrata con problemi di dipendenza. Grazie ad un progetto finanziato dalla Regione Lazio, dal primo ottobre 2007, all'interno della U.O.S. Distretto 17, Roma, è stata attivata una nuova linea operativa di intervento dedicata esclusivamente alle persone straniere con problemi di dipendenza da sostanze. Il progetto LOST (Linea Operativa Stranieri Tossicodipendenti) è nato con la finalità di "leggere" situazioni e contesti legati alla specifica appartenenza etnico-culturale dell'utente, in funzione di una maggiore efficacia terapeutica volta a rimuovere tutte quelle barriere che possono costituire un ostacolo alla interazione tra l'utente e i servizi. L'elemento di innovazione fondamentale del progetto è costituito dalla mediazione culturale che non si limita alla sola interpretazione linguistica ma è trasversale a tutte le fasi dell'intervento.

METHODS

Al momento dell'avvio del progetto il servizio disponeva di un sistema di raccolta dati di tipo cartaceo. Allo scopo di iniziare a studiare da un punto di vista statistico il nostro target di utenza è stato creato un database informatizzato. I dati sono presentati come media \pm deviazione standard. I gruppi sono stati confrontati utilizzando il test chi quadrato per variabili categoriche e la T di Student per le variabili continue. I dati sono stati elaborati utilizzando il software SPSS.

RESULTS

Presentiamo i risultati descrittivi preliminari dell'utenza straniera che si è rivolta al servizio nel periodo ottobre 2007 - giugno 2009. Abbiamo analizzato una popolazione di 528 soggetti stranieri (M 472; F 56) di cui 180 (34.1%) sono rappresentati da nuovi ingressi avvenuti a partire dal 01/10/2007. Le nazionalità prevalenti sono quelle del Nord Africa e dell'Europa Orientale. Durante il periodo del nostro rilevamento si è assistito ad una progressiva riduzione degli utenti provenienti dall'Africa mentre stanno diventando numericamente sempre più consistenti le persone

provenienti dall'Europa dell'Est e dall'Asia. Sia per quanto riguarda la cocaina che l'eroina, la principale via d'assunzione è quella inalatoria: il 53% dei nostri utenti riferisce di assumere eroina fumandola. Abbiamo rilevato una differenza significativa ($p < 0.0001$) nella modalità di assunzione di droga per aree geografiche di provenienza: le persone provenienti dai paesi europei a prediligono la via iniettiva, mentre i pazienti provenienti dall'Asia e dall'Africa sono soliti assumerla per via inalatoria. Il paese dove è avvenuto il primo uso della sostanza è, nella quasi metà dei casi, l'Italia. Tra questi ($n=246$) è predominante la porzione di africani. Solo nel 18% dei casi, il paese di inizio uso è coincidente con il paese di origine. Il tempo medio della ritenzione in trattamento è pari a 160 ± 148 giorni (minimo 0 giorni; massimo 4845 giorni).

CONCLUSIONS

Visto l'alto numero e l'elevata problematicità degli utenti che quotidianamente affluiscono al servizio, crediamo che quest'ultimo possa rivestire un ruolo importante soprattutto per la possibilità di proporsi come punto privilegiato di riferimento nei confronti di persone a grande rischio di esclusione dal sistema sociale e sanitario e di esercitare un'importante funzione di prevenzione, cura e monitoraggio.

17

ESPERIENZA SPERIMENTALE DI UN CENTRO AMBULATORIALE SPECIFICO PER CONSUMATORI PRIMARI DI COCAINA ALL'INTERNO DI UN SER.T: CENTRO DI VALUTAZIONE REGIONALE USO DI COCAINA (VA.R.CO.). REPORT DEI PRIMI DUE ANNI DI ATTIVITÀ

Casella P.*, Orlandi V.*, Rosa A.*, Capuzzi D.*, Calleri M.*, Guzzi S.*, Falcione F.*
*ASL RME Distretto 20 UOC Dipendenze UOS Dipendenze Distretto 17 Roma

Background

nel corso degli ultimi trenta anni si è assistito ad un progressivo e continuo aumento del consumo di cocaina in Italia così come in altri paesi UE ed in tutto il mondo. Parallelamente, nell'opinione comune, è andata a consolidarsi sempre di più l'idea che la cocaina non sia una droga vera e propria, ma una sorta di abitudine ricreazionale e di svago "giustificato". La cocaina viene erroneamente percepita meno pericolosa rispetto ad altre sostanze ed i consumatori di cocaina i cocainomani non si riescono ad identificare come tossicodipendenti ed in particolare non riescono ad accettare di recarsi nei servizi territoriali preposti al trattamento delle dipendenze patologiche. Con lo scopo di fronteggiare in modo adeguato la possibilità di un incremento delle domande di trattamento per dipendenza da cocaina è stato proposto alla Regione Lazio ed approvato con delibera 755 del 31/10/2006 il progetto "Ambulatorio per le Dipendenze da Cocaina", operativo dal 01/10/2007 all'interno della UOS Dipendenze Municipio 17 (ASL RM/E) con il nome di centro Va.R.Co. (Valutazione Regionale uso di Cocaina).

Methods

Nel corso dei 24 mesi di attività si è effettuata una mappatura a livello regionale e nazionale di tutte le strutture pubbliche e private, convenzionate e non, che si occupano di utenti che abusano di cocaina. È stata strutturata una collaborazione clinica con l'Osp. Santo Spirito per la valutazione internistica e cardiologica (visita ambulatoriale, ECG, Ecocardiogramma) e con i MMG. Da un punto di vista clinico/ambulatoriale si è provveduto alla definizione della procedura di accoglienza ai servizi clinici del Centro Va.R.Co. ed alla individuazione delle metodologie cliniche di investigazione (colloqui psichiatrici standardizzati, utilizzando

le indicazioni della SCID; valutazione dei tratti di personalità con la somministrazione del TCI (Cloninger, 1994); valutazione dei livelli di psicopatologia generale e della gravità complessiva degli utenti con la somministrazione di BPRS e CGI. Ogni utente riceve una valutazione medico-psichiatrica, psicologica, infermieristica ed eventualmente socio-ambientale al fine di formulare un programma terapeutico individualizzato ed il più possibile target oriented. Il focus clinico di intervento è stato individuato nel consumatore primario di cocaina, intendendo un soggetto con prevalente uso di cocaina e non dipendente da oppiacei. In caso di contemporanea dipendenza da oppiacei si è profilata la possibilità di strutturare una collaborazione interna tra le 2 equipe operative all'interno della UOS Dipendenze del Distretto 17 ASL RM/E.

Results

complessivamente, dal primo ottobre 2007 al 30/09/09 il centro VaRCo ha aperto le cartelle cliniche di 92 nuovi utenti ed ha preso in carico 8 utenti che erano già seguiti presso questo SerT, per un totale di 100 (80% maschi). Si è verificato un progressivo ed esponenziale incremento degli accessi con un N di ingressi raddoppiato o triplicato rispetto al biennio precedente al periodo di osservazione. Il numero totale di *drop out* è stato di 30 utenti (30%), 8 utenti hanno concluso il trattamento, 8 utenti sono stati inviati in comunità terapeutica. L'utilizzo della terapia farmacologica e la combinazione con interventi di psicoterapia sono associati ad un miglioramento nel tempo delle principali dimensioni psicopatologiche, con diminuzione dei punteggi medi delle sottoscale della BPRS, in particolare per quanto riguarda la scala dell'ansia-depressione che da un punteggio medio di 15 scende a 6.

Conclusions

In conclusione, questa esperienza di lavoro può essere considerata positiva, da un punto di vista generale, in quanto dimostra la concreta possibilità dei servizi pubblici di modificarsi e di adattarsi alle nuove esigenze della popolazione tossicomana.

18

RISULTANZE ESPERIENZA PILOTA DI PREVENZIONE ASPECIFICA NELLE SCUOLE PRIMARIE: CRITICITÀ EMERSE

Ceravolo R.

Resp. Ser.T. di Bussolengo, direttore Dipartimento delle Dipendenze Az. ULSS 22 - Bussolengo (VR)

Servizio: Dipartimento Dipendenze Az. ULSS 22 - Bussolengo (VR)

Area tematica: Prevenzione nelle Scuole Primarie

Premessa

Il Progetto " Siamo... sicuri? " iniziato nell'anno scolastico 2004/2005 dopo una fase di sperimentazione, da progetto Pilota, è diventato parte integrante delle attività di prevenzione aspecifica attivate nel territorio dell' Az. ULSS 22 sin nelle Scuole Elementari. L'obiettivo non è quello di effettuare prevenzione e/o comunicazione diretta sulle droghe (non opportune in questa età: alunni di V Elementare) ma s'intende stimolare la capacità critica e la autonomia decisionale. Da quest'anno scolastico il positivo riscontro avuto è stato considerato a livello Regionale e finanziato con i Fondi della Lotta alla Droga. In tal senso sono stati già effettuati due incontri di formazione per i colleghi dei Ser.T. del Veneto preliminarmente alla sperimentazione del Progetto sul territorio di 12 Dipartimenti delle Dipendenze che hanno aderito all'iniziativa.

Gli operatori del Ser.T. di Bussolengo, a cui quest'anno si sono affiancati i colleghi del Ser.T. di Villafranca (impegno quindi a livello Dipartimentale allo scopo di coinvolgere i plessi scolastici di tutto il territorio dell'Az. ULSS 22), hanno effettuato interventi nelle classi quinte delle Scuole Primarie (sinora circa 2500 bambini coinvolti) proponendo stimoli sensoriali agli alunni congiuntamente al supporto per la loro analisi e/o valutazione (esperienza di Asch, illusioni ottiche, verifica dei pregiudizi...). Nucleo portante del Progetto è stato quello di evidenziare la frequente e possibile "falsità" o irrealtà delle percezioni e dei messaggi che riceviamo nonché la facile deriva ad uniformarsi alle opinioni e/o scelte dal gruppo (che definirei "effetto pecora").

Per ogni plesso scolastico si sono invitate le scuole ad organizzare una serata finale per l'analisi del lavoro svolto ed il ritorno delle esperienze vissute ai genitori degli alunni. E' possibile ora valutare, dopo tale cospicuo iter temporale, non solo le indubbie note positive riscontrate (vedi per esempio elevato numero di alunni coinvolti e loro contributi ex post, partecipazione e cooperazione dei docenti, nuove adesioni di Istituti Scolastici ...) ma anche le criticità emerse. Dalla loro analisi sono già derivati utili segnali per apportare modifiche alle modalità d'intervento teoricamente definite all'inizio dell'esperienza e nuovi stimoli per una miglior compliance dei soggetti target (alunni,

docenti, direzioni scolastiche...).

Criticità emerse

- Le attività di stimolo sulle capacità critiche degli alunni sono stati talvolta vissute come "esperimenti" o comunque test effettuati a scopo di ricerca;
- Scelta difficile degli alunni che verranno poi sottoposti all'esperienza di Asch;
- Necessità di rinforzare l'autostima nei soggetti che "coram populo" si sono adeguati alle idee del gruppo;
- Scarsa partecipazione organizzativa da parte delle Scuole per quanto concerne la serata finale;
- Adesioni numerose delle Scuole solo in caso di non richiesta di compartecipazione alle spese...

Accorgimenti organizzativi e comportamentali

Considerando le criticità sopraesposte, al fine di migliorare l'organizzazione del Progetto e garantirne una maggiore efficacia sono state attivate modifiche in itinere ove opportune e si è posta particolare attenzione sul versante comunicativo.

In particolare con i docenti si è espresso più chiaramente il fine promozionale e non sperimentale del Progetto. Si sono così superate le perplessità avanzate da alcuni genitori preliminarmente all'avvio degli interventi. Nel contempo per l'eventuale pubblicizzazione tramite stampa si è provveduto ad incontrare personalmente i giornalisti specificando il senso dell'iniziativa. Sia per quanto concerne la scelta degli alunni per le esperienze di capacità critica (confronto con le idee "false" espresse dal gruppo) che per un adeguato sostegno da dare loro in caso di manifesto "effetto pecora", si è provveduto in primis a raccomandare alle psicologhe del Ser.T. di scegliere gli alunni seguendo i consigli dei docenti e poi si è ideata una seconda esperienza per coinvolgerli come protagonisti positivi rispetto alla classe. Con questi accorgimenti, unitamente all'esplicitazione che la maggior parte dei soggetti adulti si è adeguata come loro alle dichiarazioni del gruppo, si è riusciti a sostenerne l'autostima. Per quanto riguarda i punti critici di scarsa adesione delle Scuole ove si prevedesse una loro compartecipazione economica, si è provveduto a reperire fondi per favorire le Scuole che aderivano per la prima volta ed a ridurre il costo alle altre. Per l'evento finale di verifica e di ritorno, a mio avviso doveroso, alle famiglie si è preso atto delle difficoltà organizzative legate all'orario serale e si sono programmati con le Scuole incontri anche pomeridiani, a seconda delle esigenze emerse.

Considerazioni finali

I lavori svolti nelle classi su stimolo dei docenti hanno, per numerosità e tipologia dei contenuti, evidenziato la recettività (si spera critica...) degli alunni alle sollecitazioni proposte. L'analisi delle criticità emerse ha permesso di modificare positivamente certe procedure e di aggiungerne altre più opportune. Prosegue la raccolta dei materiali elaborati e successivamente alla fine dell'anno scolastico 2010/2011 verrà organizzato un evento nel corso del quale si riporteranno anche le esperienze e le risultanze ottenute dai colleghi che hanno sperimentato il Progetto sul loro territorio.

19

SPUNTI ORGANIZZATIVI PER I DIPARTIMENTI DELLE DIPENDENZE

Ceravolo R.

Resp. Ser.T. di Bussolengo, direttore Dipartimento delle Dipendenze Az. ULSS 22 - Bussolengo (VR)

Servizio: Dipartimento Dipendenze Az. ULSS 22 - Bussolengo (VR)

Area tematica: Organizzazione Dipartimentale

Premessa

Dall'analisi dell'esperienze sinora svolte nell'ambito del Dipartimento delle Dipendenze dell'Azienda ULSS 22 e valutando nel contempo quelle raccolte negli incontri effettuati, nel corso degli ultimi anni, con i colleghi responsabili/coordinatori degli altri Dipartimenti istituiti nella Regione Veneto, emergono e vengono con questo contributo suggerite alcune proposte che potrebbero venire a delineare la configurazione organizzativa dipartimentale più adeguata.

Dipartimento strutturale o funzionale

Con tutta evidenza è bene sottolineare che i paradigmi consolidati per un dipartimento ospedaliero che assembla e coordina (o meglio dirige) più Unità Operative Mediche e/o chirurgiche hanno caratteristiche tali per cui l'aspetto organizzativo costituito in genere da Reparti similari presuppone, pur garantendo una relativa autonomia alle Unità Operative, una direzione gerarchicamente garantita e definita dalla configurazione strutturale.

Di converso Dipartimenti territoriali che tendono a ricercare sinergie operative e programmatiche, non solo tra Servizi Pubblici (peraltro anch'essi disomogenei per tipologia di attività e di mission) ma anche con realtà del Privato sociale e/o del Volontariato sono stati definiti per lo più come dipartimenti funzionali. Le delibere istitutive della Regione Veneto hanno sinora privilegiato tale configurazione anche se, negli ultimi anni in cui è stato delegato quale prevalente l'impegno e la scelta organizzativa a livello e a responsabilità delle singole Aziende Socio-Sanitarie, si sono effettuate anche scelte differenziate (vedi Dipartimenti strutturali, vedi, purtroppo l'infelice scelta di accorpamento tra un Dipartimento di Salute Mentale e un Dipartimento delle Dipendenze).

La scelta di Dipartimenti funzionali ha voluto salvaguardare la libertà operativa delle componenti non-Ser.T. (o non Ser.D.). non soggette ovviamente ad alcun impegno esecutivo su base gerarchica. In sintesi:

- in ambito Ospedaliero Dipartimento strutturale: Unità Operative sostanzialmente omogenee e pratica decisionale gerarchica;
- in ambito Territoriale, e nello specifico nel campo delle Tossicodipendenze e dell'Alcolismo: Organizzazioni e/o Unità Operative decisionalmente autonome.

Credo sia possibile oggi considerare che tali modalità organizzative, ove per la vastità territoriale e per rispetto della 309/90, permangano più Servizi per le Dipendenze, possano essere modificate, garantendo i

vantaggi organizzativi inter -Ser.D. (quindi tra Unità Operative dotate di autonomia *ma sostanzialmente omogenee* per caratteristiche e mission non fosse altro per la stessa legislazione di riferimento) con una configurazione di tipo strutturale e nel contempo garantendo l'adesione e la collaborazione Dipartimentale delle altre Entità operative non soggette a gerarchia o a scelte non autonome.

Tale configurazione "mista": cioè strutturale all'interno e funzionale all'esterno avrebbe anche il vantaggio di dirigere con più efficacia le politiche tra i Ser.D. dello stesso territorio e pur nella garanzia di autonomia operativa favorirebbe la migliore allocazione delle risorse con una gestione del personale adattabile con maggior prontezza alle esigenze emergenti degli utenti e dei loro famigliari. Sarebbero così inoltre favorita la definizione di *Equipe Dipartimentali* (ad esempio una tossicologica) indispensabili per far fronte alle nuove esigenze di supporto alle Forze dell'Ordine a livello di screening nei controlli dei guidatori (ampliamento delle esperienze attivate in Provincia di Verona ed estese ormai in più sedi nazionali) nonché alla valutazione dei lavoratori addetti a mansioni a rischio.

Composizione del Nucleo Ristretto

In parecchie realtà territoriali sono già stati inseriti nel Nucleo "decisionale/programmatico i referenti dei Gruppi di Auto Aiuto (ACAT ed AA) oltre ai responsabili delle CT e/o P.A. territoriali) e ne ha tratto giovamento l'efficacia programmatica dipartimentale

Personale di staff e/o dedicato

Gli impegni sempre maggiori affidati ai Dipartimenti presuppongono la necessità di poter disporre di personale dipartimentale continuativo. Si pensi alla informatizzazione centralizzata, alle ricerche epidemiologiche, alla verifica ed al costante controllo delle procedure definite nei protocolli a garanzia della qualità delle prestazioni. In un Dipartimento strutturale il personale a ciò necessario deriverebbe in parte da un migliore utilizzo della dotazione organica esistente ma potrebbe con maggior probabilità venire acquisito anche tramite nuove assunzioni concordate in ogni singola Azienda tenendo conto del maggior peso organizzativo espresso parallelamente al riscontro di una migliore gestione "economica".

Dimensioni Territoriali dei Dipartimenti

Infine non da poco conto è considerare quanto sia fondamentale conoscere bene la propria realtà territoriale per poter favorire al massimo le sinergie tra le varie componenti del Dipartimento. In tal senso la Regione Veneto ha attivato un Piano di Zona quinquennale per il quale ogni singola Azienda Socio Sanitaria dovrà definire la sua programmazione territoriale globale. Nel nostro settore ciò impone nuove aperture con il mondo giovanile, con il Volontariato, con il Privato Sociale e con gli Enti Locali e solo una conoscenza reciproca potrà offrire spunti di collaborazione condivisa. A fronte di ciò pare opportuno suggerire che il territorio di afferenza/competenza di un Dipartimento delle Dipendenze non sia troppo

"vasto": al massimo 250.000/300.00 abitanti. Per concludere aggiungo che, pur nel rispetto della normativa, alcune Aziende Socio Sanitarie hanno voluto e potuto positivamente non inserire formalmente il Dipartimento delle Dipendenze nell'ambito del Distretto rispettando così l'intento profondo della normativa istitutiva dei Ser.T.

20 VERSO LA COSTRUZIONE DI UNA BUONA PRASSI DI CERTIFICAZIONE DI DIPENDENZA IN CARCERE: L'ESEMPIO DI UNA MODALITÀ COMPLESSA E MULTIDISCIPLINARE

Aivaliotis C., Cocchini A., Mazzoleni F.B.***,
Bramani Araldi M., Cervini M****, Di Luca C.*****,
Grilli M****, Pizzi M. G., Pizzilli P**,
Sovarzi C**, Trobia I**, Monti I.*****,
Resentini M*****, Santoro D.*****

*medico

**psicologo

***assistente sociale specialista

****infermiere prof. le

*****educatore prof. le

*****Direttore Dipartimento Dipendenze

*****psicologa - U.O. Carcere

*****educatore prof.le - Coop. Atipica

Dipartimento Dipendenze - Unità Operativa Carcere -
ASL Monza e Brianza

L'attività presso la Casa Circondariale di Monza triennio 2007/2009

In questo arco temporale hanno fatto ingresso nell'istituto penitenziario 5694 persone; sono state sottoposte a valutazione dello stato di dipendenza 1052 persone, essendo del tutto sconosciute ai servizi o avendo avuto rapporti di cura presso di essi in precedenza.

La certificazione della dipendenza assume all'interno del carcere un particolare significato, poiché consente l'accesso alla cura all'interno del carcere, alle misure alternative alla detenzione ed alla misura cautelare degli arresti domiciliari ex art. 89 DPR 309/90. Fino alla modifica legislativa del T.U. avvenuta nel 2006, veniva fatta coincidere con il semplice reperimento dei metaboliti delle sostanze d'abuso, sovrapponendo il concetto di uso con quello di dipendenza.

Successivamente, il maggiore rigore prescritto dalla Legge (concorso di più professioni, esplicitazione dei criteri di accertamento) ha indotto il nostro gruppo a sviluppare una apposita procedura che comprende le visite mediche ed i colloqui con almeno due operatori di diversa professionalità per la verifica dei criteri diagnostici (anamnesi ed obiettività) entro una settimana dalla segnalazione del caso. Vi è molto spesso l'esigenza di prendere contatti con altri enti (ospedali, servizi territoriali specialistici e non, forze dell'ordine) per il reperimento di materiale documentale e per "entrare nella rete" dei servizi attivi a favore della persona. Si espongono di seguito alcune riflessioni scaturite dall'esame della casistica. In linea generale, abbiamo inteso la certificazione quale processo preliminare ad una presa in carico (trattamento interno, affidamento esterno) utile alla prevenzione delle ricadute all'uscita dal carcere. Questo processo diagnosti-

co oggi si delinea sempre più come un atto peritale, i cui esiti debbono essere sempre esposti dopo una preliminare descrizione degli strumenti di indagine utilizzati. Nei casi più complessi, laddove l'esito della certificazione è incerto, si ritiene utile sostituire il modello schematico con una articolazione discorsiva estesa, affinché il competente organo della Magistratura possa prendere più consapevolmente la propria decisiva posizione. Gli strumenti prioritariamente utilizzati per l'indagine sono gli esami di laboratorio e la criteriologia diagnostica DSM IV TR. Questi strumenti consentono di indagare: a) l'uso della sostanza; b) l'incapacità di controllo dell'uso della sostanza; c) l'incidenza negativa della sostanza sul progetto di vita della persona.

L'uso della sostanza

L'accertamento della presenza dei metaboliti degli stupefacenti è inteso quale condizione necessaria ma non sufficiente alla certificazione di dipendenza. La routine del servizio prevede per le sostanze stupefacenti il ricorso all'esame dei tessuti piliferi, per l'accertamento dell'uso cronico e sistematico della sostanza. Questo tipo di indagine intercetta in modo soddisfacente il consumatore abituale, mentre si verificano difficoltà per coloro che utilizzano la sostanza in modo sporadico ma non per questo irrilevante dal punto di vista clinico ai fini della diagnosi.

"L'abbuffata" benché limitata nel tempo, assume molto spesso grande importanza psicologica e sociale per le sue valenze affettive e relazionali, presenta gravi rischi di morte direttamente o indirettamente legati alla sostanza (rave party, riti del week end, ecc). Analoghe considerazioni si possono estendere all'abuso alcolico, ove l'accertamento biologico (CDT, colembia, AST, ALT, GTT, MCV) è significativo quando documenta un danno, mentre il comportamento d'abuso episodico anche importante ai fini diagnostici, è praticamente invisibile (tipo beta ed epsilon di Jellinek). In aggiunta, vanno poi considerate le problematiche strettamente legate all'attendibilità dei risultati (necessità di effettuare i prelievi ematici in un arco di tempo ristretto e all'aspecificità dell'alterazione di molti parametri rispetto all'abuso della sostanza).

L'indagine sui punti seguenti viene effettuata sulla base dei contenuti che emergono dal colloquio e sull'eventuale reperimento di documenti comprovanti eventi descritti nel corso di esso. E' necessario premettere i limiti di un colloquio diagnostico di questo genere all'interno del carcere, fortemente esposto a rischi di distorsione di vario genere. Mentre è nota (e forse enfatizzata) la possibilità che un detenuto dichiari di essere dipendente quando non lo è, per ottenere i benefici previsti dalla Legge, altrettanto è presente il rischio di *minimizzazione/negazione* dei termini della dipendenza. Le motivazioni di questi atteggiamenti sono essenzialmente riconducibili alla preoccupazione per le conseguenze dell'accertamento dello stato di dipendenza verso terzi (ad es. l'allontanamento dei figli), all'ignoranza della possibilità di cura (soprattutto nella popolazione detenuta straniera), al timore della compromissione della propria immagine di sé (timore che la famiglia venga a cono-

scenza dell'abuso) o alla semplice sottovalutazione della problematicità della propria condizione (particolarmente diffusa tra gli alcolisti, ed in una certa misura fra i cocainomani). Dopo la valutazione ed il confronto in equipe fra i diversi contributi specialistici, è possibile ricorrere ad ulteriori colloqui mirati.

Incapacità di controllo dell'uso della sostanza

Criteriologia DSM IV n° 3,4,7. Probabilmente si tratta dell'aspetto che viene maggiormente influenzato dalla carcerazione, se si considera il grande numero di persone detenute per reati connessi al consumo di sostanze e derivati dal coinvolgimento in attività di spaccio ai livelli più bassi.

Il carcere è molto spesso determinante nell'astensione immediata e forzata dalla sostanza ed è allo stesso tempo l'elemento problematico di essa. In ogni caso azzerà/riduce drasticamente l'attualità del comportamento e rende impossibile l'osservazione diretta sulle capacità di controllo; la rappresentazione della realtà è rimandata esclusivamente al piano narrativo in cui la condizione detentiva attuale attribuisce un senso al passato comportamento di abuso. Altra considerazione riguarda la consapevolezza della natura problematica del consumo: per molte persone detenute la libertà è stata segnata da una quadro di grave emarginazione in cui il consumo della sostanza non ha potuto essere riconosciuto come problema rilevante, poiché vi erano questioni assai più urgenti da affrontare (bisogni primari).

Questo sembra essere valido soprattutto per alcuni alcolisti e per molti consumatori di sostanze straniere o italiani con gravi problematiche di emarginazione.

Incidenza negativa della sostanza sul progetto di vita della persona

Rimanda ai criteri DSM IV n° 5, 6. Per una rilevante parte della popolazione detenuta e portatrice di dipendenza da sostanze, la valutazione dell'impatto negativo della dipendenza sulla qualità della vita non è effettuabile, poiché essa appare fortemente degradata o destrutturata ex ante l'esordio tossicomane. Il grado di compromissione iniziale vanifica la valutazione dei danni prodotti dalla dipendenza. Per questa tipologia di pazienti le considerazioni possibili riguardano l'influenza dell'abuso sul mantenimento dello status quo ovvero, in termini predittivi, sul grado di pregiudizio indotto da questo comportamento sulle capacità di risoluzione della condizione di disagio che pure non può essere attribuito all'abuso stesso. Si tratta evidentemente di considerazioni che riguardano una previsione (aleatoria) dell'evoluzione personale e non una constatazione obiettiva dei fatti. Questo margine di incertezza deve essere però accettato soprattutto per i soggetti in giovane età, molto spesso alla prima esperienza detentiva, laddove si ritenga debbano essere privilegiate esigenze di ordine preventivo.

21

STUDIO OSSERVAZIONALE SU VARIE FORME CLINICO-TIPOLOGICHE DI CRAVING

Contaldi C., D'Angelo A.*
*Ser.T Sapri (SA)

Il craving è definito come un desiderio irrefrenabile, intrusivo, ripetitivo, involontario che comporta la perdita del controllo e la contemporanea attuazione di una serie di azioni tese alla sua realizzazione/soddisfazione.

Le più frequenti condizioni associate ad aumento o a variazioni cliniche e tipologiche del craving sono:

1) *Sindrome astinenziale protratta*, identificabile per molti aspetti con il *Craving fobico*(1);

2) *Craving da "gancio"* inteso come *ESPOSIZIONE* a stimoli che richiamano l'assunzione, in soggetti trattati con antagonisti, agonisti nel caso siano sottodossati o farmacoresistenti, o con difficoltà all'estinzione stimolo-risposta.

3) *Craving crociato* in cui più spesso si instaura contemporaneamente craving per due o più sostanze, appartenenti farmacologicamente alla stessa famiglia e/o con effetti psicotropi diversi.

4) *Craving situazionale* come diretta conseguenza della *RAPPRESENTAZIONE* percepita di ruoli sociali appetiti. In questo quadro le sostanze rideterminano il desiderio mediante una percezione di appagamento dei livelli di rappresentazione richiesta dal contesto. Il tutto avviene mediante e in una sorta di "realtà virtuale" ove il soggetto ricopre i ruoli desiderati conseguentemente alla richiesta percezione del contesto gruppale (ovvero se non sono stato capace di ricoprire un ruolo di capo taumaturgico riesco con l'uso della sostanza a ricoprire questo ruolo e mi comporto come se lo svolgessi; da qui comportamenti anche empaticamente ridondanti e gli eccessi di rottura nella spazialità prossemica) pertanto il craving situazionale è conseguenza del desiderio inadeguato ed impossibile di ricoprire i ruoli desiderati e/o percepiti come tali nei contesti "situazionali" e nel vissuto del soggetto (2).

5) *Craving sostitutivo* in mancanza della sostanza primaria il paziente cerca un surrogato (qualcosa che sostituisca) è presente quando non è possibile soddisfare quello principale (es le Bzd o alcool nel caso di mancanza di eroina).

Una forma particolare (ma differente sotto certi aspetti) di craving secondario, da noi osservato, perché sperimentato da alcuni nostri pazienti sia in corso di terapia farmacologica e/o agopunturistica è il *nibbling* letteralmente inteso come "spilucare," "man-

giucchiare" osservato dopo trattamento di auricoloterapia nei tabagisti e anche in alcune forme di alexitimia e somatizzazione. In realtà con il termine *nibbling* intendiamo non proprio una sostituzione ma piuttosto assume la funzione di "colmare un vuoto" lasciato evidentemente dal craving principale e non definitivamente estinto! Il *craving principale* in quanto smorzato, attenuato o deviato dai trattamenti (farmacologici o agopunturistici) ne fa assumere gli aspetti di una *forma compensatoria*.

L'esempio calzante e più volte da noi osservato, è quello della dipendenza dalla nicotina, all'atto dell'estinzione o dell'attenuazione si manifesterà con un desiderio di salato o più frequentemente di gustare (e mai con voracità) dolci o caramelle pasticcini ecc... (N.B. Esso è differente dal tropismo/dolce degli eroinomani, associato ad insonnia, in quel caso abbiamo nel paziente, neurofarmacologicamente parlando, un vuoto di serotonina!!).

- 1) I. Maremmani, O. Zolesi *Craving 1998 Ed Pacini*
2) C. Contaldi, A. D'Angelo *Riflessioni sul craving. Ipotesi per un inquadramento multidisciplinare I Convegno regionale SITD 2006*

22

TOSSICODIPENDENTI E MISUSO DI FARMACI. UN'INDAGINE CONOSCITIVA TRA SOGGETTI AFFERENTI A SER.T DELLE PROVINCE DI BERGAMO E MILANO

Corti M., Strepparola G.**, Assi C.***, Calzolari U.*, Donadoni P., Ferreri G.****, Fogaroli C., Mangili R., Moiola R., Pennini G.***, Riglietta M.*****, Tidone L.*****

*Responsabile UO Ser.T - ASL Provincia di Bergamo
**Responsabile U.O. Programmazione, coordinamento e qualità - Dipartimento Dipendenze ASL MI2
***Responsabile UO Ser.T - ASL MI2
****Medico Ser.T - ASL Provincia di Bergamo
*****Direttore Ser.T BG2 - ASL Provincia di Bergamo
*****Direttore Dipartimento Dipendenze - ASL Provincia di Bergamo

SCOPO, METODI E CARATTERISTICHE DELCAMPIONE

Per valutare l'utilizzo improprio dei farmaci (misuso) nonché il rischio infettivologico in una popolazione di tossicodipendenti, è stato chiesto ai pazienti in trattamento farmacologico nei Ser.T della Provincia di Bergamo ed in due Ser.T. afferenti all' ASL della Provincia di Milano - MI2 (Trezzo sull'Adda e Melegnano), di compilare, in anonimato, un questionario cartaceo strutturato contenente domande riguardanti abitudini tossicomane, misuso di farmaci ed esposizione a rischio infettivo. I questionari sono stati consegnati dagli infermieri professionali, fornendo informazioni sulle modalità di compilazione e le finalità della ricerca. Nelle domande poste, per renderle più comprensibili, sono stati citati i più comuni nomi commerciali dei farmaci. La rilevazione è stata condotta dal 1 al 28 Febbraio 2010, i questionari complessivamente raccolti sono stati 586 e rappresentano il 25.9% dei pazienti in carico con un trattamento farmacologico in corso (dati puntuali 15 dicembre 09).

Ser.T	Pazienti in tratt.	%
BERGAMO	628	11,3
GAZZANIGA	200	30,0
LOVERE	74	51,3
MARTINENGO	291	19,9
MELEGNANO	300	12,0
PONTE SAN	249	48,2
TREVIGLIO	212	37,2
TREZZO	310	38,7
TOTALE	2264	25,9

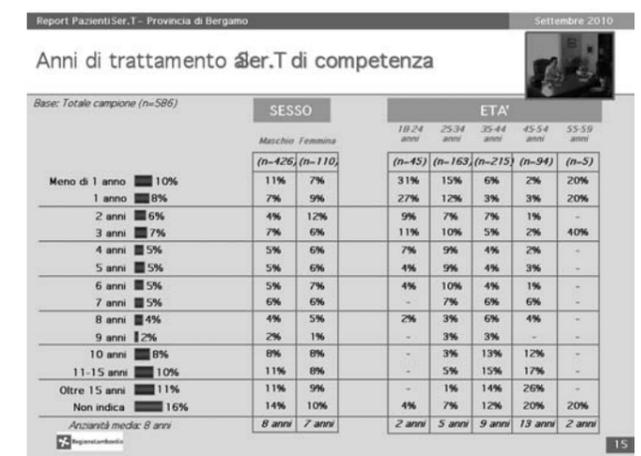
Il motivo della presa in carico (erano possibili risposte multiple) è risultato per l'88% dei casi l'abuso o la

dipendenza da eroina e per il 52% da cocaina; percentuali minori si riferiscono ad altre sostanze (cannabis 17%, amfetamine 9%, ansiolitici 8%, ecstasy 7%). L'eroina risulta utilizzata in maniera nettamente prevalente per via endovenosa (73%), mentre viene inalata e fumata rispettivamente nel 28 e nel 23% dei casi.



La cocaina è equamente distribuita tra uso iniettivo e uso inalatorio (57% e 51%), mentre viene fumata solo dal 22% dei pazienti indagati.

Oltre il 30% degli aderenti all'indagine ha dichiarato di essere in cura da 10 o più anni. Di questi il 77% risulta in trattamento con metadone, il 13,3% con buprenorfina e lo 0,55% con buprenorfina-naloxone.



Report PazientiSer.T - Provincia di Bergamo Settembre 2010

Trattamento farmacologico attuato da S.T di competenza

Base: Totale campione (n=586)

	SESSO		ETA'					
	Maschio (n=426)	Femmina (n=110)	18-24 anni	25-34 anni	35-44 anni	45-54 anni	55-59 anni	
			(n=45)	(n=163)	(n=215)	(n=94)	(n=5)	
Metadone	77,0%	70%	75%	49%	66%	83%	89%	80%
Subutex	13,3%	13%	16%	20%	20%	12%	6%	0%
Ansiolettici	9,4%	9%	14%	7%	14%	7%	10%	60%
Antidepressivi	8,5%	8%	15%	7%	10%	9%	12%	20%
Suboxone	0,5%	1%	-	2%	1%	1%	-	-
Alcover	0,5%	1%	1%	-	1%	1%	-	-
Neurolettici	0,5%	1%	1%	-	1%	1%	-	-
Antibuse	0,3%	-	1%	-	-	1%	-	-
Naltrexone	0,3%	-	1%	-	1%	-	1%	-
Tolep	0,2%	-	-	-	-	1%	-	-
Antidolorifici	0,2%	-	-	-	-	1%	-	-
Nessuno	0,5%	1%	-	4%	1%	-	-	-
Non indica	6,1%	7%	6%	20%	8%	4%	4%	20%

RISULTATI

Abbiamo valutato il **misuso di farmaci** secondo la definizione classica di "utilizzo di farmaci al di fuori di una prescrizione medica, talvolta anche con modificazione della via di somministrazione registrata" (come ad esempio l'assunzione in vena di un farmaco in gocce registrato e commercializzato con l'indicazione all'utilizzo per via orale).

Gli **ansiolitici** mantengono il primato in termini assoluti di "farmaci maggiormente abusati" (42%), mentre riguardo all'uso finalizzato alla "ricerca dello sballo", sono superati di poco dal GHB (26% vs 27%); quest'ultimo è, però, misurato solo dal 2% del campione. Il 15% ha indicato un consumo di benzodiazepine per via endovenosa.

Oltre i classici lorazepam e diazepam, troviamo ai primi posti le formulazioni spesso riscontrate in ambito clinico nelle problematiche da misuso di benzodiazepine: principalmente flunitrazepam e lormetazepam.

Il misuso è significativo anche per i farmaci antidolorifici (34%), in particolare per il viminolo.

Report PazientiSer.T - Provincia di Bergamo Settembre 2010

Farmaci utilizzati senza prescrizione medica (2/2)

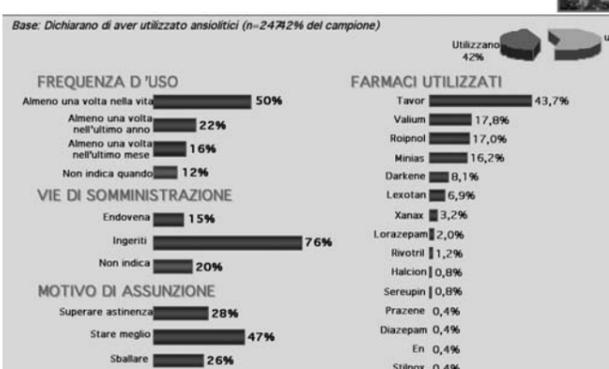
Base: Totale campione (n=586)

	SESSO		ETA'				
	Maschio (n=426)	Femmina (n=110)	18-24 anni	25-34 anni	35-44 anni	45-54 anni	55-59 anni
			(n=45)	(n=163)	(n=215)	(n=94)	(n=5)
Ansiolettici	42%	42%	50%	18%	41%	49%	48%
Antidolorifici	34%	32%	45%	22%	35%	37%	35%
Metadone	27%	26%	28%	16%	28%	28%	23%
Antidepressivi	16%	15%	23%	7%	21%	16%	17%
Subutex	11%	11%	13%	24%	17%	8%	5%
Alcover	2%	2%	1%	-	3%	1%	3%
Suboxone	1%	1%	2%	2%	1%	1%	2%

Globalmente i **farmaci agonisti** (metadone, buprenorfina e buprenorfina-naloxone) raggiungono un misuso del 39% ma, a differenza degli ansiolitici-ipnotici, la motivazione principale riportata è l'**automedicazione** (superare l'astinenza/stare meglio), rispetto alla ricerca dello "sballo" (indicato da circa il 6%).

Report PazientiSer.T - Provincia di Bergamo Settembre 2010

Farmaci utilizzati senza prescrizione medica: Ansiolettici



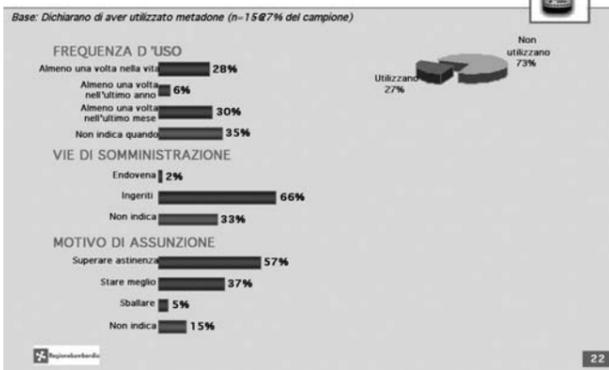
L'uso extraterapeutico di metadone (27%) prevale su quello della buprenorfina (11%), testimoniando una maggiore "affezione" al primo, oltre che una probabile maggiore disponibilità dello stesso sul mercato illegale.

Rispetto alla frequenza di assunzione, chi indica misuso di metadone lo riferisce, nel 30% dei casi, all'ultimo mese; il misuso di buprenorfina è riferito nel 70% dei casi almeno una volta nella vita e solo nel 5% dei casi nell'ultimo mese. Questo pare indicare un prevalere della modalità occasionale di sperimentazione rispetto all'utilizzo in maniera continuativa o, comunque, ripetuta.

Anche per quanto riguarda la via di somministrazione vi è **coerenza** con le finalità d'uso riportate (automedicazione vs sballo); tra coloro che utilizzano buprenorfina in modalità extraterapeutica la maggioranza (65%) lo assume per via orale, mentre solo il 5% dichiara di praticare la via endovenosa (3 pazienti in valore assoluto). Va inoltre segnalato che un numero piuttosto elevato di pazienti (circa il 30%) non indica la via di assunzione utilizzata e questo riguarda tutti i farmaci ed in percentuali molto simili (20% negli ansiolettici, 32% per antidolorifici, 33% per il metadone, 35% per antidepressivi, 33% riguardo buprenorfina-naloxone).

Report PazientiSer.T - Provincia di Bergamo Settembre 2010

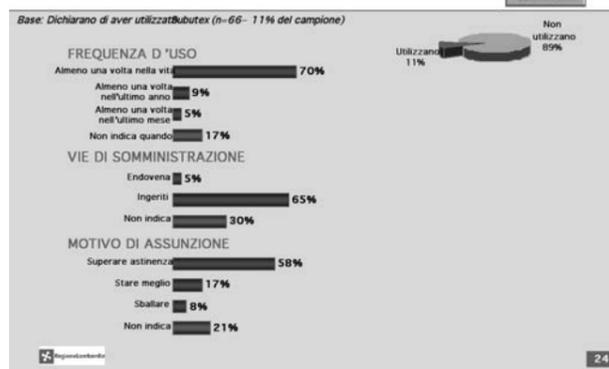
Farmaci utilizzati senza prescrizione medica: Metadone



Appare interessante che alla domanda sull'utilizzo di "altri oppiacei" a scopo tossicomano (escludendo

Report PazientiSer.T - Provincia di Bergamo Settembre 2010

Farmaci utilizzati senza prescrizione medica: Subutex



pertanto l'eroina), il numero di pazienti che segnala, almeno una volta nella vita, l'utilizzo per via endovenosa di buprenorfina sale a 10 pazienti, l'uso di metadone è dichiarato da 15 pazienti come pure 15 segnalano l'uso di codeina in vena; infine 54 pazienti riferisce uso endovenoso di morfina. Un dato, forse, inaspettato è che tra i 230 pazienti (39% del campione) che hanno dichiarato uso tossicomano di "altri oppiacei" ben il 67% (102 pazienti) segnala, almeno una volta nella vita, uso di oppio, quasi sempre fumato; il dato si riscontra praticamente costante tra i vari servizi.

Riguardo al rischio infettivologico, relativo all'utilizzo promiscuo di siringhe, il 51% dichiara di non aver mai scambiato siringhe nella vita, mentre leggermente minore appare il numero di coloro che non hanno mai utilizzato in maniera promiscua acqua, filtri o cucchiaini (41%). Confortante appare il dato che in entrambe le modalità di scambio, chi le ha praticate ne riferisce, nella quasi totalità, come un avvenimento pregresso, "nella vita" e solo raramente nell'ultimo mese (1-3%) o nell'ultimo anno (3-7%). Il dato presenta comunque una distribuzione territoriale abbastanza variabile a seconda dei diversi contesti (ambiente metropolitano, territorio periferico montano, aree extraurbane ad alta densità di popolazione).

Report PazientiSer.T - Provincia di Bergamo Settembre 2010

Rischio infettivologico

Base: Totale campione (n=586)

	Bergamo (n=71)	Galzangà (n=60)	Levico (n=38)	Marone/Inghedara (n=58)	Montebelluna (n=36)	Ponte San Pietro (n=120)	Treviglio (n=83)	Trezzo (n=120)
USO DI AGHI E SIRINGHE dopo che altri li avevano già usati								
Mai	51%	41%	68%	29%	41%	47%	55%	54%
Almeno una volta	41%	45%	25%	55%	50%	53%	38%	36%
... nella vita	37%	37%	25%	50%	47%	44%	33%	31%
... nell'ultimo anno	3%	7%	-	5%	2%	8%	4%	2%
... nell'ultimo mese	1%	1%	-	2%	-	2%	1%	1%
Non indica	8%	14%	7%	16%	9%	8%	9%	5%
USO DI FILTRI, CUCCHIAINI, ACQUA O ALTRO condividendoli con altre persone								
Mai	41%	31%	50%	18%	35%	47%	39%	55%
Almeno una volta	49%	58%	42%	58%	48%	53%	50%	35%
... nella vita	40%	44%	37%	47%	41%	36%	38%	30%
... nell'ultimo anno	7%	10%	5%	8%	5%	17%	8%	2%
... nell'ultimo mese	3%	4%	-	3%	2%	-	3%	3%
Non indica	10%	11%	8%	24%	17%	11%	10%	5%

Report PazientiSer.T - Provincia di Bergamo Settembre 2010

Uso di altre sostanze oppiacee utilizzate a scopo tossicomano (ad esclusione dell'eroina) (2/2)

Base: Totale campione (n=586)

	SESSO		ETA'					
	Maschio (n=426)	Femmina (n=110)	18-24 anni	25-34 anni	35-44 anni	45-54 anni	55-59 anni	
			(n=45)	(n=163)	(n=215)	(n=94)	(n=5)	
Non hanno utilizzato altre sostanze	61%	62%	60%	60%	59%	67%	53%	60%
Hanno utilizzato altre sostanze	39%	38%	40%	40%	41%	33%	47%	40%
Opio	67%	69%	68%	83%	76%	65%	59%	100%
Metadone	43%	44%	41%	44%	40%	45%	43%	-
Morfina	29%	31%	23%	17%	19%	27%	48%	100%
Buprenorfina	15%	19%	7%	39%	21%	9%	16%	-
Codeina	14%	17%	9%	6%	18%	14%	18%	-
Fentanil	3%	4%	-	6%	5%	1%	5%	-

CONCLUSIONI

Il **misuso** riguarda prevalentemente farmaci molto diffusi come gli ansiolitici, frequentemente utilizzati a scopo tossicomano ("ricerca dello sballo") con la predilezione delle formulazioni a breve emivita, talvolta con diversione della via di somministrazione da orale a endovenosa.

I farmaci agonisti (metadone e buprenorfina) sono anch'essi spesso utilizzati fuori prescrizione medica, ma lo scopo prevalentemente dichiarato è per "autoterapia" e pertanto viene, coerentemente, mantenuta la normale via di assunzione orale.

Il rischio infettivologico sembra ben percepito tra i pazienti e contenuto risulta il rischio recente. Crediamo che questo dato possa essere attribuito, almeno in parte, ad una positiva ricaduta dell'operatività dei servizi, all'efficacia dell'intervento farmacologico attuato ed al costante counseling (interventi di prevenzione secondaria e terziaria) effettuato dagli operatori dei Servizi, in particolare dagli Infermieri Professionali.

Report PazientiSer.T - Provincia di Bergamo Settembre 2010

Rischio infettivologico (2/2)

Base: Totale campione (n=586)

	Bergamo (n=71)	Galzangà (n=60)	Levico (n=38)	Marone/Inghedara (n=58)	Montebelluna (n=36)	Ponte San Pietro (n=120)	Treviglio (n=83)	Trezzo (n=120)
USO DI AGHI E SIRINGHE dopo che altri li avevano già usati								
Mai	51%	54%	46%	80%	68%	44%	33%	20%
Almeno una volta	41%	39%	49%	16%	26%	49%	62%	80%
... nella vita	37%	35%	46%	13%	20%	47%	55%	60%
... nell'ultimo anno	3%	3%	3%	-	5%	1%	5%	20%
... nell'ultimo mese	1%	1%	1%	2%	1%	1%	1%	-
Non indica	8%	7%	5%	4%	6%	7%	5%	-
USO DI FILTRI, CUCCHIAINI, ACQUA O ALTRO condividendoli con altre persone								
Mai	41%	44%	34%	64%	56%	33%	28%	20%
Almeno una volta	49%	46%	62%	31%	36%	58%	65%	80%
... nella vita	40%	37%	52%	13%	25%	51%	56%	60%
... nell'ultimo anno	7%	7%	5%	11%	6%	7%	5%	20%
... nell'ultimo mese	3%	2%	6%	7%	4%	1%	3%	-
Non indica	10%	10%	5%	4%	9%	9%	7%	-

23

MONITORAGGIO DEI TRATTAMENTI FARMACOLOGICI NEI TOSSICODIPENDENTI DA OPIACEI DELLA CITTÀ DI NAPOLI

Curcio F.***, Baldassarre C.*, Franco T.*, Scala M.**,
Auriemma F.**, De Rienzi S.***, Stimolo R.**,
Ferrara V.***, Santonicola A.M.***, Siconolfi M.***,
De Rosa G.***, Del Vecchio F.***, Del Tufo S.**
*ASL Napoli 1 Centro - S.C. Tutela della Salute
Dipartimento Farmacodipendenze
**ASL Napoli 1 Centro - Responsabili U.O. Ser.T
***ASL Napoli 1 Centro - Specialista Ambulatoriale
U.O. Ser.T

Nel mondo si stima che 13 milioni di persone dipendenti da oppiacei ne facciano uso per via endovenosa (IDU). In Italia vengono utilizzati per la terapia farmacologica della dipendenza da oppiacei principalmente metadone cloridrato e buprenorfina. Anche se si stima comunemente che il potenziale di abuso della buprenorfina sia basso, in numerosi paesi è riportato una diversione del farmaco ed un crescente numero di abusatori di buprenorfina. Teoricamente la formulazione di buprenorfina e naloxone ratio 4:1 (Suboxone®) dovrebbe mostrare un minor potenziale d'abuso. Quando usata per via sublinguale, come prescritto, la quantità di naloxone assorbita è trascurabile. Comunque, se un soggetto cerca di utilizzare il farmaco per via endovenosa o di sniffarlo, il naloxone può causare astinenza in caso di dipendenza da agonisti degli oppiacei e/o attenuare gli effetti della buprenorfina. Nel corso del 2008 è stato introdotto nei Ser.T della ASL Napoli 1 Centro il Suboxone®, compresse sublinguali, in sostituzione della formulazione costituita dalla sola buprenorfina (Subutex®). Le compresse sublinguali di Subutex® utilizzate fino al giugno 2008 prevedevano la formulazione da 2 mg e da 8 mg; in particolare per le compresse da 2 mg, gli Operatori dei Ser.T temevano la diversione del farmaco. Oltre alla diversione intesa come utilizzo delle compresse polverizzate per via endovenosa o inalatoria, nei Ser.T di Napoli si temeva lo spaccio delle compresse di entrambe le formulazioni. Infine, gli operatori dei Servizi ritenevano importante fornire agli assistiti la migliore assistenza possibile nel corso del passaggio da Subutex® a Suboxone®, al fine di evitarne il misuso.

Metodo

1) analisi dei dati provenienti dai Ser.T cittadini, 2) anamnesi dei assistiti e 3) monitoraggio degli esami tossicologici urinari. Nei primi mesi del 2008 i Ser.T della ASL Napoli 1 Centro, 10 servizi territoriali, oltre al Ser.T carcerario, assisteva complessivamente 3812 tossicodipendenti con farmaci agonisti, di cui 3105 soggetti trattati con metadone HCl sciroppo e 707 con buprenorfina

(Subutex®) da 2 e/o 8 mg. In particolare, per il Subutex®, il dosaggio medio utilizzato per i 559 assistiti trattati a lungo termine risultava di 13,5 mg./die/persona; i dosaggi medi per i 94 trattati a medio termine (tre/sei mesi) risultavano di 10,33 mg./die ed i dosaggi medi per i 54 assistiti trattati a breve termine (meno di tre mesi) era di 7,75 mg./die.

Tra il giugno ed il settembre 2008 i Ser.T cittadini hanno provveduto a sostituire il Subutex® con le formulazioni buprenorfina /naloxone 4:1 (Suboxone®) da 2 ed 8 mg.

Il rilevamento dei soggetti in trattamento con farmaci agonisti nel corso del secondo semestre 2009 riportava complessivamente 3515 persone, con una diminuzione del 7,8%, rispetto all'anno precedente. Relativamente ai trattamenti, gli assistiti trattati con terapia metadonica diminuivano a 2883, del 7,1% e quelli trattati con Suboxone® ammontavano a 632, con una diminuzione del 10,6% (meno 75 soggetti) rispetto al 2008. I dosaggi medi della nuova formulazione buprenorfina/naloxone venivano incrementati con una media di 14,8 mg/die per i 488 trattati a lungo termine, alla media di 11,5 mg/die per gli 89 assistiti a medio termine ed a 10,25 mg/die in media per i 55 trattati a breve termine.

Il confronto dei dati dei soggetti in terapia con suboxone rispetto a quelli trattati con metadone rivela una vita sociale significativamente più stabile dei trattati con suboxone rispetto agli assistiti in terapia con Metadone: il 63% è sposato o convive contro il 39% degli assistiti trattati con metadone; anche dal punto di vista dell'istruzione scolastica, il 43% dei soggetti in terapia con suboxone hanno conseguito il diploma superiore contro il 32% dei trattati con metadone. Dal punto di vista tossicologico il 53% dei trattati con Suboxone presenta esami tossicologici urinari costantemente negativi per oppiacei e/o cocaina; in circa un terzo dei casi questi risultano utilizzatori di cannabinoidi. Il 26% degli assistiti in terapia con suboxone presenta esami tossicologici positivi per oppiacei, oppure per oppiacei e cocaina. Il 7,5% dei trattati con suboxone rivelano utilizzo di cocaina ed il 7,5% l'abitudine all'uso di bevande alcoliche.

In conclusione, dai dati preliminari relativi agli assistiti trattati nei Servizi dalla ASL Napoli 1 Centro, possiamo affermare che il numero dei trattati per utilizzo di oppiacei è in diminuzione in termini assoluti; nel passaggio da Subutex a Suboxone sembra che gli assistiti che facevano un uso scorretto di buprenorfina abbiano terminato la terapia con tale farmaco, passando ad una terapia con metadone, o abbandonando i Servizi. Sembra, inoltre, che la terapia con suboxone sia associata ad una maggiore stabilizzazione tossicomane, se si tiene conto che circa la metà degli assistiti trattati con tale farmaco presentano esami tossicologici stabilmente negativi per oppiacei e cocaina, in confronto agli assistiti trattati con metadone, in cui il 30% presenta lo stesso comportamento. Tali ultime evidenze potrebbero, tuttavia, essere motivate dalla tendenza da parte dei medici a proporre un trattamento con suboxone a soggetti che presentano mag-

24

MONITORAGGIO DELLA VACCINAZIONE PER HBV IN TOSSICODIPENDENTI SCELTI CON CRITERI RANDOM ASSISTITI DA ALCUNI SER.T DELLA ASL NAPOLI 1 CENTRO

Curcio F.*, Siconolfi M.***, Esempio C.****,
Ciaramella A.****, Cefalo G.*, Butera C.***,
Del Vecchio F.***, Carbone V.****, Baldassarre C.***
*ASL Napoli 1 Centro - U.O. Ser.T - Specialista
Ambulatoriale
**ASL Napoli 1 Centro - U.O. Ser.T - Responsabile
***ASL Napoli 1 Centro - Direttore S.C. Tutela della
Salute Dipartimento Farmacodipendenze
****ASL Napoli 1 Centro - U.O. Ser.T - Dirigente
Medico
ASL Napoli 1 Centro

In Italia, il Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta riferisce che la campagna vaccinale per HBV è stata effettuata in Italia con differenze geografiche, dal 97,9% al nord e 96,6% al centro, fino al 65,1% al sud. Tra i gruppi a rischio sono i tossicodipendenti, che spesso sono anche infetti da HAV, HCV ed HIV. Scopi dello studio sono: la valutazione epidemiologica dell'infezione da HBV, il monitoraggio della risposta immune umorale alla vaccinazione per HBV in una coorte di soggetti continuativi dipendenti da varie sostanze d'abuso assistiti da alcuni Ser.T del Dipartimento Farmacodipendenze della ASL Napoli 1 Centro ed il confronto di efficacia e di aderenza tra schemi vaccinali differenti.

Metodo. Abbiamo valutato i dati epidemiologici di prevalenza ed incidenza di HBV (2004-09) e la prevalenza delle coinfezioni con HCV ed HIV. Inoltre, abbiamo valutato e comparato due schedule vaccinali con tempi di somministrazione differenti. Una Long Term Schedule (LTS): prima dose al tempo zero, seconda a 30 giorni e terza dose iniettata a 180 giorni ed una Short Term Schedule (STS): prima dose al tempo zero, seconda a 30 giorni e terza dose a 60 giorni.

La prevalenza dell'infezione da HBV, (ricerca di anticorpi anti Core del virus HBV) in 6269 assistiti, è risultata del 40,6%. Tra gli utilizzatori di oppiacei la prevalenza di anticorpi anti HBc è del 42,3%. La prevalenza tra i consumatori di oppiacei aumenta al 44,6%, se riferito ai nati nel periodo precedente la vaccinazione obbligatoria. La prevalenza dell'infezione da HBV è del 6,4% negli utilizzatori di oppiacei nati a partire dal 1981. Tra i cocainomani la prevalenza dell'infezione è del 24,1% e tra gli utilizzatori di THC è del 28,2%. Tra gli etilisti l'infezione da HBV ha una prevalenza del 44,1% con età media al primo test positivo di 48,2 anni. Nello studio 950 assistiti

giori caratteristiche di stabilità tossicomane di altri. Per tali motivi ci proponiamo l'approfondimento dei dati e la loro integrazione con gli esami di laboratorio ed i marcatori di infezione virale.

Bibliografia

- 1) Gowing L, Ali R, White J. "Buprenorphine for the management of opioid withdrawal." *Cochrane Database Syst Rev.* 2000;(3):CD002025.
- 2) Leslie Amass, Ph.D., Walter Ling, M.D., Thomas E. Freese, Ph.D., Chris Reiber, Ph.D., M.P.H., Jeffrey J. Annon, M.A., Allan J. Cohen, M.A., M.F.T., Dennis McCarty, Ph.D., Malcolm S. Reid, Ph.D., Lawrence S. Brown, Jr., M.D., Cynthia Clark, M.S.N., C.R.N.P., Douglas M. Ziedonis, M.D., Jonathan Krejci, Ph.D., Susan Stine, M.D., Ph.D., Theresa Winhusen, Ph.D., Greg Brigham, Ph.D., Dean Babcock, M.S.W., L.C.S.W., Joan A. Muir, Ph.D., Betty J. Buchan, Ph.D., and Terry Horton, M.D. "Bringing Buprenorphine-Naloxone Detoxification to Community Treatment Providers: The NIDA Clinical Trials Network Field Experience." *Am J Addict.* 2004; 13(Suppl 1): S42-S66

hanno praticato il vaccino per l'HBV, in 7 Ser.. Il criterio di arruolamento era la negatività per lo screening per l'infezione, o per la vaccinazione da HBV. In totale 612/950 (64.4%) assistiti hanno praticato 3 dosi di vaccino e 109/950 (14.5%) hanno praticato 2 dosi. Nei sei Ser.T. in cui è stata effettuata la profilassi con LTS in 775 assistiti, 474 (61.2%) hanno praticato le tre dosi ai tempi previsti. I 175 assistiti sottoposti a STS hanno mostrato una aderenza piena al programma nel 78.9% (138/175) dei casi. L'aderenza alla prevista profilassi vaccinale tra STS e LTS mostra una Odds Ratio di 2.3685; 95% confidence interval from 1.6027 to 3.5002.

Abbiamo valutato positivo il titolo di HBsAb maggiore di 20 I.U./mL, testato dopo 60/90 giorni dal termine della schedula. Nel gruppo che ha praticato la LTS sono stati testati 460 assistiti; con una positività nel 55.7% (256/460) dei casi. Nel gruppo che ha praticato la STS è stato possibile effettuare 131 test, dei quali 59 (45.0%) hanno mostrato risposta alla vaccinazione. Relativamente al raggiungimento di una risposta anticorpale positiva tra LTS e STS la Odds Ratio è di 1.5314; 95% confidence interval from 1.0366 to 2.2624.

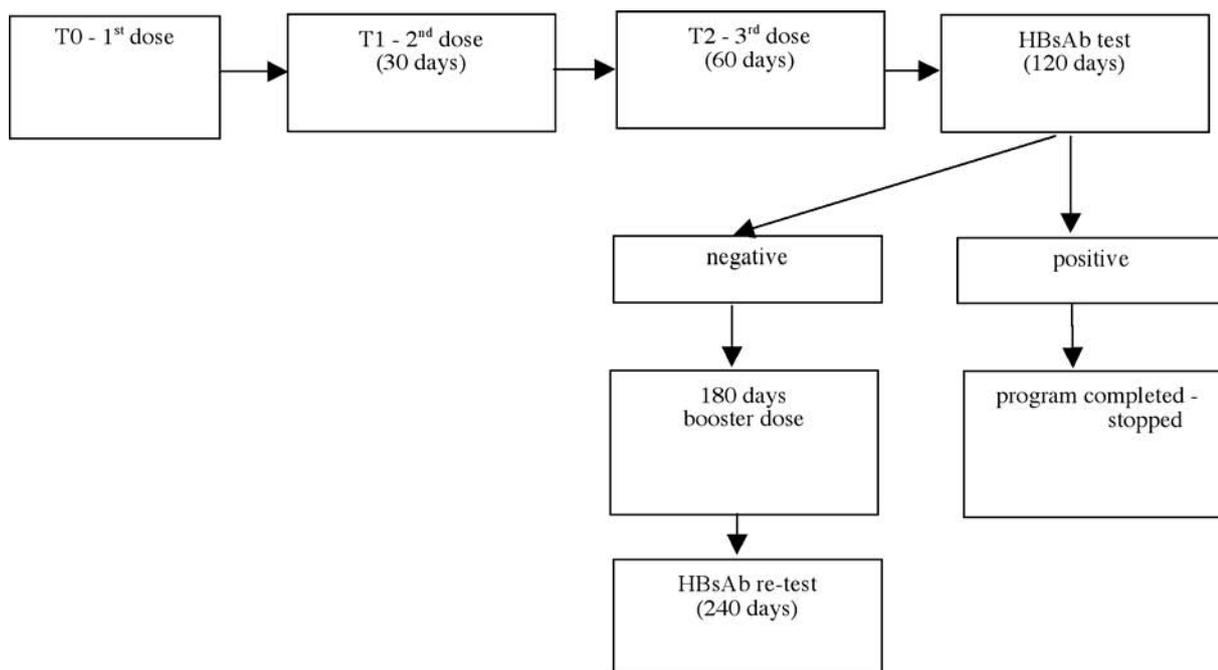
Il nostro lavoro mostra che nel sud Italia, tra i tossicodipendenti che frequentano i Ser.T, una percentuale elevata non risulta vaccinata per HBV. I soggetti tos-

sicodipendenti presentano spesso episodi depressivi life-time. Ciò può aiutare a spiegare in parte anche il basso coefficiente di successo nella formazione di anticorpi protettivi per HBV (55.7%), contro il valore >90% riscontrato nella popolazione generale.

Notevole importanza risulta il coinvolgimento dell'equipe multidisciplinare che spesso, con counselling specifico, è in grado di gestire episodi depressivi e di conseguenza migliorare l'aderenza al trattamento. Il counselling deve avere come obiettivo l'aumento dell'aderenza del soggetto. Nello studio la maggior efficienza in termini di aderenza è stata raggiunta con STS, seguito dalla valutazione della risposta anticorpale anti HBs e, nel caso di negatività, da un booster a 6 mesi dal tempo zero. Tale booster può essere evitato nel caso di positività della risposta umorale alla terza dose. Nei Ser.T. è possibile adottare una profilassi multidisciplinare risultandone un miglioramento dell'umore dei pazienti ed una migliore risposta immune. Ne risulta, per i policy-makers l'indicazione dell'importanza di migliorare nei Ser.T le prassi di vaccinazione anti HBV, anti HAV e di implementare la profilassi, con interventi multidisciplinari.

Tutto ciò comporta notevoli benefici in sanità pubblica con conseguente contenimento della spesa sanitaria in termini di evitata diffusione d'infezioni e di conseguenti patologie croniche.

Figura – HBV vaccination short schedule algorithm



APPLICAZIONE DI UNA PROCEDURA DI QUALITÀ AL MANAGEMENT MULTIDISCIPLINARE PER IL TRATTAMENTO DELLA E PATOPATIA CRONICA HCV CORRELATA IN SOGGETTI TOSSICODIPENDENTI. PROGETTO "INSIEME PER PRENDERSI CURA"

Curcio F.*, Baldassarre C.**, Di Martino F.***, Capraro C.*, Gruppo referenti Ser.T"TTTC" ****, Filippini P.***

*ASL Napoli 1 Centro, - U.O. Ser.T - Specialista Ambulatoriale

**ASL Napoli 1 Centro - Direttore S.C. Tutela della Salute Dipartimento Farmacodipendenze.

***D.A.I. di Medicina Interna - Servizio Diagnosi e Terapia delle Immunodeficienze acquisite, Seconda Università degli studi di Napoli

****Macri F., Mazzella C., Ciaramella A., Cefalo G., Siconolfi M., De Rosa G., Del Vecchio F., Limardi A. ASL Napoli 1 Centro - U.O. Ser.T

La letteratura riferisce che l'aderenza al trattamento per HCV è del 40-60%. Lo scopo dello studio era di ottenere la migliore aderenza alla terapia in tossicodipendenti, "difficili da trattare". Secondo obiettivo del gruppo è di standardizzare un metodo per il management multidisciplinare della epatopatia HCV.

Lo studio prevede uno screening per monitorare la tossicomania (6 settimane, in essa sono eseguiti esami tossicologici ed esami per l'abuso alcolico). Nel contempo sono eseguiti esami per la valutazione dello stato della patologia. In pazienti positivi per anticorpi anti-HCV si è eseguito la RT-PCR ed il genotipo virale (Roche system - TAQMAN probe- FAM490). Si è eseguito il profilo dei marcatori per HAV, HBV ed HIV. Inoltre è valutata la funzionalità cardiaca. La personalità è stata indagata con l'Intervista Clinica Strutturata par l'asse II per il DSM IV - SCID II.

Gli Specialisti

Gli *Operatori dei Ser.T* hanno contribuito alla stabilizzazione tossicologica; gli psicologi hanno effettuato counselling, per affrontare la terapia. Gli infermieri hanno eseguito i prelievi in pazienti con vasi stressati. Gli *Psichiatri* hanno valutato la psiche, intervenendo in patologie pregiudicanti il trattamento.

Gli *Infettivologi* hanno valutato la funzionalità epatica ed hanno sostenuto la motivazione dei pazienti. Uno degli scopi del lavoro era la standardizzazione di procedure degli Specialisti e le eventuali modifiche "in progress", secondo le difficoltà incontrate da pazienti ed operatori. Tra i pazienti dei Ser.T. è stato possibile reclutare un gruppo trattato dal team (TTTC group) ed

uno di controllo. Il trattamento per la dipendenza e per l'infezione da HCV era simile, la differenza essendo rappresentata dal costante monitoraggio da parte di un Case Manager dello stato di salute del paziente nel TTTC group.

Il trattamento

Gli operatori dei Ser.T hanno fornito un counselling ai pazienti per i rischi dell'infezione da HCV, per aiutare i pazienti a modificare il proprio life-style. I trattamenti contro la dipendenza sono utilizzati per la migliore aderenza alla terapia per HCV. Il "progress report" sanitario è stato necessario per il successo della terapia per HCV. Si è identificato il ruolo del "Case Manager" per aiutare il paziente a gestire il proprio stato di salute. Il Case Manager ha collezionato i dati e li ha comunicati agli altri Specialisti.

L'aderenza è stata misurata con interviste per la ribavirina (gestita dal paziente); il PEG interferone è stato somministrato nei Ser.T. Si sono identificate e descritte istruzioni di lavoro. Colloqui di supporto psicologico si sono svolti settimanalmente, per sostenere la determinazione del paziente ed aiutarlo a sopportare effetti collaterali. In assenza di sintomi, una intervista psichiatrica si è svolta ogni tre mesi per valutare possibili sintomi patologici. Il regime di terapia per HCV prevede peg Interferon $\alpha 2a$, in combinazione con ribavirina secondo le dosi previste. Durata prevista 24 settimane per HCV genotipo 3 e 48 settimane per HCV genotipo 1, o pazienti HIV-coinfetti. (Curcio F., Di Martino F., ..., Filippini P. *Together...to take Care (TTTC). Multidisciplinary management of HCV treatment in randomly selected drug users with Chronic Hepatitis*. Journ. Addict. Med., in stampa). Nel presente abstract sono illustrati i punti critici del programma.

Il progetto è stato attivato in 9/10 Ser.T della ASL Napoli 1 Centro; 77 assistiti sono già stati trattati. In marzo 2010, gli assistiti in fase di stabilizzazione tossicologica sono 69, candidati alla terapia *brevi manu*. I pazienti in terapia sono 21. *Punti critici* all'interno dei Servizi: arruolamento dei pazienti: difficoltà in 1 Ser.T Costituzione della equipe: difficoltà in 2 Ser.T Raccolta di informazioni: difficili in 2 Ser.T Comunicazioni all'interno del Servizio: difficoltà in 5 Ser.T Difficoltà nel counseling in 2 Ser.T Stabilizzazione tossicologica: riportate difficoltà in 1 Ser.T *Punti critici* nelle collaborazioni esterne: difficoltà nel rapporto con le Malattie Infettive in 2 Servizi. Difficili rapporti con il Laboratorio di analisi in 3 Servizi. Pessimo il rapporto con la Salute Mentale in un caso. La raccolta dei dati non è avvenuta con puntualità in quasi tutti i Servizi. Per un più approfondito esame dei punti critici il *processo di arruolamento* è stato scomposto in varie azioni: N°pazienti che hanno effettuato counseling. Criticità relative al livello culturale dei pazienti e loro registrazione. Utilizzo della modulistica fornita e rimaneggiamento dei modelli non condivisi. Counseling e necessità di formazione operatori. Criticità riscontrate nella formazione delle équipes all'interno dei Ser.T.

Fase precedente alla terapia

N°pazienti. Valutazione cardiovascolare; eventuali dif-

ficoltà dei centri erogatori della prestazione e di patologie pregiudicanti la terapia. Prelievi ematici; indicazione delle difficoltà riscontrate. Esami di laboratorio: registrazione dei dati; criticità di procedure specifiche (ritardo nelle risposte del laboratorio, errori tecnici, formali,...). Registrazione dei dati laboratoristici.

Valutazione endocrinologica, indicazione di difficoltà e dei centri erogatori; registrazione di patologie pregiudicanti. Registrazione dei dati tossicologici e di patologie pregiudicanti la terapia. Valutazione psichiatrica. Registrazione dati riportati nella modulistica, modifiche del modulo di valutazione (revisioni); dati rilevati dall'intervista clinica psichiatrica. Supporto psicologico; indirizzamento seguito dallo psicoterapeuta, condizioni pregiudicanti la terapia. Test psicodiagnostici somministrati e registrazione risultati. **Inizio terapia per HCV:** pazienti in trattamento. Difficoltà evidenziate nell'iniezione del PEG interferone nel Ser.T, registrazione esami di laboratorio ed esami tossicologici. **Follow up:** N°pazienti in trattamento. Andamento della terapia con registrazione di eventuale RVR, EVR, breakthrough. Condizioni causanti interruzione della terapia. Andamento dei colloqui di supporto psicologico. Andamento della stabilizzazione tossicologica. **Timing 30 giorni dal termine della terapia.** N°pazienti che hanno terminato la terapia. Eventuali relapse. Stabilizzazione tossicologica (registrazione). Qualità del trattamento percepita dal paziente - test TPQ. **Timing 180 giorni dalla fine della terapia:** Registrazione della stabilizzazione tossicomane. SVR. Registrazione delle condizioni di vita - cambiamenti lavorativi, altri interventi terapeutici effettuati (protesizzazione dentaria,...).

I risultati preliminari: **Aderenza.** Il 93,7% dei pazienti ha seguito la terapia prescritta; i pazienti infetti da HCV genotipo 3 hanno seguito tutti la terapia prescritta. Pazienti con trattamento a 48 settimane: il 66,7% ha completato la terapia. **Tossicologia:** 10 (62,5%) pazienti sono risultati negativi ai test per oppiacei, cocaina, alcool. **Virologia:** 11/16 (68,75%) pazienti risultavano negativi per la ricerca di HCV RNA 24 settimane dopo aver completato la terapia (SVR). Tra i pazienti genotipo 1: 4/8 (50,0%) hanno mostrato SVR. Del genotipo 3: 7/8 (87,5%) mostravano SVR. I pazienti hanno ricevuto supporto da un team di professionisti per modificare l'abitudine all'uso di droghe e migliorare l'attenzione all'infezione da HCV; abbiamo spiegato che il corso dell'infezione può essere modificato dalla terapia e rassicurato i pazienti sugli effetti collaterali. Un altro punto critico è il pregiudizio di alcuni Medici, scettici circa il trattamento di tossicodipendenti. Lo studio mostra due importanti risultati: il miglioramento e la standardizzazione della cooperazione tra Specialisti per ottenere un procedure sanitarie sinergiche.

Il risultato ottenuto ci conforta ad utilizzare le risorse del paziente utilizzando il trattamento per HCV come pretesto per la riabilitazione. Il paziente tossicodipendente può trovare un motivo per abbandonare l'abuso di sostanze e riprendere il controllo della propria vita. A tale proposito occorre specificare meglio l'obiettivo nei confronti dei pazienti: il raggiungimento dell'eliminazione della viremia HCV è solo uno dei benefit

che conducono il paziente ad una vita migliore; altri punti di arrivo sono la stabilizzazione tossicomane, la ricostituzione di una immagine corporea del paziente più accettabile socialmente con la protesizzazione dentaria, spesso necessaria; il conseguimento, seppure precario, dell'inserimento lavorativo ed il conseguente recupero della dignità sociale dell'individuo. Pertanto, non si può intendere il solo esame tossicologico quale indicatore della stabilità del paziente, né il TPQ un indice della qualità del trattamento. I parametri di successo sono da intendersi assai più ampi.

La buona aderenza alle terapie per la tossicodipendenza e l'infezione da HCV in pazienti "difficili da trattare" ottenuta con il nostro metodo ci incoraggia ad implementarlo e suggerirlo ad operatori sanitari ed ai policy-makers.

26

IL WHO IS WHO DELLA TERAPIA CON METADONE AL SER.T DEL D.S.B. 31 DELLA ASL NAPOLI1 CENTRO

Curcio F.*, Capraro C.***, Cuccurullo M.****,
D'Ascoli G., Federico A.*, Focaccio F.***, Giani E.*,
Longobardo A.***, Lo sasso C.*, Masucci S.****,
Parente M.*, Petti M.****, Plenzik M.****,
Veneruso C.****, Villano G.****, De Rosa G.**

* *Dirigenti Medici*

** *Dirigente Medico Responsabile*

*** *Dirigenti Psicologi*

**** *Sociologi*

***** *Infermieri Professionali*

La dipendenza da oppiacei comporta alterazioni neurobiologiche simili in individui diversi, che si correlano alle differenze genetiche, di cultura, ambiente ed alle relazioni dei nostri "assistiti". La comunità internazionale suggerisce che le terapie per la dipendenza da oppiacei siano realizzate ponendo il Paziente, in quanto "PERSONA", al centro dell'azione integrata di equipe multi specialistiche. Occorre che i membri della equipe interagiscano, sinergizzando le competenze.

Metodo

I dati sono stati raccolti dall'anamnesi e dalla storia clinica degli assistiti; le analisi tossicologiche sono state effettuate con la ricerca dei metaboliti urinari delle principali sostanze d'abuso. E' stato testato l'utilizzo di alcool. I test per le infezioni da virus epatitici e da HIV sono stati effettuati con metodo Enzyme Immuno Assay (EIA); la presenza di anticorpi anti HCV è stata confermata con RIBA III; la presenza di anticorpi anti HIV è stata confermata con Western blot. La produzione di virus HCV e di virus HIV è stata ricercata con real time Polymerase Chain Reaction (RT-PCR).

Risultati

Le caratteristiche della coorte di soggetti continuativi assistiti dal Ser.T dal 1987 a dicembre 2009 per dipendenza da oppiacei, sono: 812 assistiti; età media anni 39,6. 726 maschi, con età media 39,9 anni e 86 femmine, con età media 36,5 anni. Il gruppo di età fino a 25 anni è costituito da 18 soggetti; età media anni 22,9. 13 maschi, con età media 23,0 anni e 5 femmine, con età media 22,6 anni. Il gruppo di età tra 26 e 35 anni è di 225 casi; età media anni 31,9. 186 maschi, con età media 32,1 anni e 39 femmine, con età media 30,9 anni. Gli assistiti tra 36 e 45 anni sono 409; età media anni 40,6. 379 maschi, con età media 40,6 anni e 30 femmine, con età media 41,2 anni. Gli assistiti oltre 46 anni sono 160 con età media anni 49,5. 148 maschi, con età media 49,6 anni e 12 femmine, con età media 49,0 anni. Il 46,5% sono celibi/nubili; il 12,3% sono separati/divorziati e l'1,2%

sono vedovi. Il 33,6% degli assistiti è sposato ed il 5,4% convive. I "single" sono circa l'82% nella fascia fino a 25 anni, il 72% nella fascia 26-35 anni, il 61% tra i 36 ed i 45 anni; nella fascia oltre 46 anni raggiungono il 55%. Gli assistiti della fascia 36-45 anni sono coniugati/conviventi nel 54% dei casi. **Frequenza scolastica:** il 2,9% degli assistiti non ha completato le scuole elementari; il 24,8% ha la licenza elementare; il 40,8% ha conseguito la licenza media; il 23,4% il diploma superiore; il 5,1% è laureato ed il 2,9% frequenta un corso di laurea. **Rapporti con il sistema giudiziario:** il 60,3%, 490/812 ha scontato detenzioni maggiori di 30 giorni. **Rapporti con le sostanze d'abuso.** L'età di primo utilizzo degli oppiacei è mediamente di 20 anni, più bassa per i più giovani (19,0 anni) e via via maggiore in soggetti più anziani (22,4 anni). Il primo contatto con il Ser.T è avvenuto in media all'età di 28,5 anni. Nella fascia di età fino a 25 anni esso è avvenuto mediamente all'età di 20,6 anni, nella fascia successiva è avvenuto in media a 24,4 anni. Tra i 36 ed i 45 anni è avvenuto in media all'età di 28,9 anni e nella fascia oltre i 46 anni il primo accesso al Servizio è avvenuto a 35,6 anni. In media l'utilizzo di oppiacei prima di giungere al Ser.T è di 8,4 anni. La fascia di età in cui tale periodo dura di meno è quella fino a 25 anni, in cui 3,3 anni è la durata dell'utilizzo prima di giungere al Servizio. Tra i 26 ed i 35 anni la latenza dura mediamente 5,5 anni; nella fascia 36-45 anni il periodo di dipendenza è di 8,1 anni ed infine per i più "vecchi" il periodo di utilizzo di oppiacei prima di giungere al Ser.T è in media 12,9 anni. **Occupazione.** Il 36% è disoccupato; il 6% lavora saltuariamente; circa il 4% lavora part time. **Comunità terapeutiche.** Nel Servizio 34 assistiti sono attualmente in comunità terapeutiche, con un turn over elevato; 7 di essi sono in pena alternativa. **Farmaci agonisti.** Nel gruppo di età fino a 25 anni, costituito da 11 pazienti, 8 sono poliabusatori di oppiacei, cocaina e cannabis, sono in corso 8 trattamenti con metadone HCl, con dosaggio medio 45,6 mg/die. Periodo medio di trattamento 17 mesi; nessun paziente ha avuto episodi di overdose; 2 pazienti continuano a fare uso di oppiacei e cocaina; 4 pazienti hanno tossicologici stabilmente negativi per uso di eroina e cocaina (in due casi c'è positività per cannabis). 2 pazienti sono risultati poco aderenti e continuano l'utilizzo di sostanze d'abuso. Nel gruppo tra 26 e 35 anni sono attualmente trattati 99 pazienti con metadone HCl; dosaggio medio/die/persona 62,7 mg., 11 pazienti sono in fase di scalaggio della terapia. 61 pazienti fanno regolarmente uso di oppiacei (61%); 3 pazienti utilizzano cocaina e 25 (25,2%) pazienti sono in stabilizzazione tossicologica (eccetto cannabis). Nel gruppo tra 36 e 45 anni sono trattati 191 pazienti con metadone HCl, dosaggio medio/persona/die 64,9 mg.; 19 assistiti sono in fase di scalaggio. 96 pazienti fanno regolarmente uso di oppiacei e cocaina; 39 pazienti sono in stabilizzazione da almeno 6 mesi, i restanti pazienti fanno uso di cocaina, cannabis e metadone. Altri 63 pazienti sono in carico, beneficiando di altre terapie. Nel gruppo oltre 46 anni sono trattati 74 pazienti con dosaggio medio/persona/die di 74,0 mg. 4 pazienti sono in fase di scalaggio. 39 pazienti fanno uso di oppiacei e cocaina; 17

pazienti fanno uso di cocaina e cannabis; 18 pazienti sono stabili. In totale, abbiamo considerato affidabili i dati di trattamento con metadone HCl di 284 pazienti, anche se altri circa 120 assistiti afferiscono al Servizio, tra i soli consumatori di oppiacei. Di tali assistiti, 86 (30,3%) mostrano urine stabilmente negative per la ricerca di oppiacei e cocaina. 34 pazienti sono in fase di scalaggio del farmaco. Il dosaggio medio di metadone è 65,1 mg/die; consideriamo tale dosaggio reale, in quanto molti assistiti sono in regime di affido settimanale. *Malattie infettive e fattori di rischio.* Nella fascia di età fino a 25 anni nessun assistito fa uso di oppiacei per via endovenosa. La prevalenza anticorpi anti HBsAg è di 1/11 testati; la prevalenza di anticorpi anti core (HBcAb) è di 1/11 testati; i pazienti vaccinati risultano 9/11 all'anamnesi (81,8%). La prevalenza di anticorpi anti HCV è di 1/11 testati (9,1%); la ricerca del virus in circolo è negativa. Nessun paziente risulta HIV positivo. Nel gruppo successivo - 206 testati tra i 26 ed i 35 anni - l'uso endovenoso di oppiacei si è ridotto dal 68,4% al 17,5% negli ultimi sei mesi. La diffusione dello stato di portatore HBV (HBsAg positivo) è del 2,9%, mentre il 18,0% è stato infettato dal virus. È vaccinato il 40,3% degli assistiti. L'infezione da HCV è presente nel 46,1%, con produzione virale nel 69% dei 58 test eseguiti. I pazienti che hanno ricevuto la terapia per HCV con interferone e ribavirina sono 8. La ricerca di HIV è positiva nel 4,4% dei casi e la terapia HAART è effettuata in 4 casi su 9. Nel gruppo tra 36 e 45 anni, di 364 testati, l'uso endovenoso è passato dall'85,6% al 37,5% negli ultimi 6 mesi. Il 4,7% dei pazienti è portatore di HBsAg ed il 47,0% dei pazienti è HBcAb positivo. I vaccinati HBV sono il 30,8%. Il 70,9% dei pazienti risulta HCV Ab positivo, con viremia nel 65,4% di 153 PCR eseguite. Hanno avuto accesso alla terapia specifica HCV 24 assistiti. La prevalenza dell'infezione da HIV in questa popolazione è del 7,7% ed 11 pazienti sono sotto terapia HAART. All'esame del gruppo di età maggiore di 46 anni, 151 testati, risulta portatore di HBsAg il 4,6%; il 72,2% dei pazienti risulta infettato da HBV (HBcAb positivo) ed il 16,6% è vaccinato. La prevalenza di HCV raggiunge il 79,5%, con viremia HCV nel 73,7% dei 76 pazienti testati. 13 pazienti hanno ricevuto la terapia specifica. La infezione da HIV è presente nel 6,6% dei soggetti. L'utilizzo di oppiacei per via endovenosa è diminuito dal 91,7% al 16,7%. In generale, nella coorte costituita da 732 testati, l'utilizzo endovenoso è diminuito dall'80,4% al 26,6% dei casi, negli ultimi mesi. Il 4,2% è portatore di HBV; con produzione di HBsAg, il 43,6% è stato infettato da HBV (HBcAb positivo). La prevalenza dell'infezione da HCV è del 64,8%; la viremia nei 288 test eseguiti a random è del 68,1%; 45 pazienti hanno ricevuto terapia per HCV. La prevalenza di HIV è del 6,4% e circa la metà dei pazienti è in terapia HAART. Dai nostri dati appare una correlazione tra l'età di inizio dell'utilizzo di oppiacei e l'infezione da HCV: l'utilizzo di oppiacei è cominciato a 19,3 anni nei pazienti HCV positivi, a 22,4 anni nei pazienti HCV negativi.

Conclusioni

La popolazione dei Ser.T è in forte evoluzione: sempre più richieste giungono per abuso di cocaina, la popolazione oppiomanca sta diventando più anziana; anche la via di somministrazione dell'eroina sta diventando da parenterale a inalata, fumata o ingerita. È possibile effettuare nei Servizi un controllo delle patologie infettive. Anche il controllo di patologie psichiatriche può essere effettuato. Realizzare un trattamento integrato è fortemente auspicabile per pazienti spesso in difficoltà nello svolgere funzioni routinarie, quale il rapporto con il Sistema Sanitario. I Ser.T sono efficaci nell'effettuare la governance di pazienti "difficili" che spesso si disperdono privi di cure nella popolazione generale. I farmaci agonisti costituiscono un valido supporto per numerosi scopi; dalla riduzione del danno, fino a terapie integrate, quali le terapie per patologie psichiatriche, o per patologie infettive. Il metadone appare un farmaco sicuro, da utilizzare per la prevenzione degli iperdosaggi, per la stabilizzazione del paziente, anche long term. La estrema variabilità nella metabolizzazione del farmaco e la Evidence Based Medicine possono giustificare dosaggi, a volte considerati troppo elevati, relativamente alla sicurezza di posologie al di sopra di 100 mg./die. I farmaci agonisti non possono essere considerati risolutivi, ma devono essere considerati un supporto di una terapia multidisciplinare integrata.

27

L'EPATOPATIA CRONICA HBV CORRELATA E L'INFEZIONE DA VIRUS DELL'EPATITE C IN ASSISTITI DAL SER.T. DEL D.S.B. 31 DELLA ASL NAPOLI1 CENTRO

Curcio F., Masucci S.***, Plenzik M.***, Veneruso C.***, Villano G.***, De Rosa G.**
*Dirigente Medico
**Dirigente Medico Responsabile
***Infermieri Professionali

La coinfezione da virus dell'epatite B e C è frequente in aree geografiche in cui è presente una endemia dei due virus. In tali aree popolazione generale la prevalenza di HCV in pazienti con infezione cronica da HBV è circa il 10-20% e marcatori di infezione da HBV sono presenti nel 2-10% dei soggetti HCV infetti. Inoltre, la coinfezione HBV/HCV è frequente in tossicodipendenti utilizzatori di sostanze per via endovenosa (IDUs - 42,5%). Altri gruppi di popolazione in cui è frequente la coinfezione HBV/HCV sono gli emodializzati, i trapiantati, i talassemici ed i soggetti HIV infetti (66%); quest'ultima infezione risulta anch'essa frequente tra gli IDU. Fattori favorevoli alla coinfezione HBV/HCV sono età maggiore di 42 anni, residenza in Italia meridionale, storia di trasfusioni ematiche, utilizzo di sostanze d'abuso per via endovenosa, rapporti sessuali non protetti, uso di siringhe di vetro, utilizzo di alcolici e bassi livelli culturali. Tra i sopramenzionati fattori di rischio l'utilizzo di sostanze per via endovenosa e le trasfusioni ematiche sarebbero responsabili di circa il 90% delle coinfezioni HBV/HCV. Nella U.O. Ser.T. D.S.B. 31 della ASL Napoli 1 Centro si è condotta una analisi retrospettiva tra gli assistiti continuativi dal 1990 al 2009, monitorando la presenza di antigene di superficie HBV (HBsAg), gli anticorpi diretti contro esso (HBsAb), gli anticorpi diretti contro il "core" HBV (HBcAb). Inoltre, si sono monitorati l'antigene "e" (HBeAg) e gli anticorpi contro esso diretti (HBeAb). Metodica usata Enzyme Immuno Assay (EIA). In alcuni pazienti portatori di HBsAg scelti casualmente si è studiata la replicazione del DNA virale HBV in circolo (su plasma) con PCR real time e relativamente al virus HDV si sono ricercati in alcuni casi gli anticorpi (metodo EIA) ed in altri casi l'RNA virale con PCR. Si è poi studiata la prevalenza dell'infezione HCV, mediante la ricerca di anticorpi specifici con metodica EIA; i campioni sono stati confermati con RIBA III. In pazienti testati a random è stata studiata la replicazione virale in circolo con metodica PCR e la diffusione dei diversi genotipi virali. Risultati Coinfezioni HBV/HCV. La prevalenza della positività HBsAg in 889 soggetti HCV positivi è del 4,8% (43/889). L'infezione da HCV (positività anticorpale HCV) in soggetti HBsAg positivi è presente in 48/82 (58,5%) assistiti. La prevalenza dell'infezione da

HCV tra i 711 pazienti HBcAb positivi è del 68,1% (484/711). Soggetti HBcAb positivi tra quelli infetti da HCV si presentano con una prevalenza del 53,9% (448 HBcAb in 831 infetti da HCV).

In 19/26 (73,1%) soggetti portatori di HBsAg scelti a caso è stata eseguita la ricerca della viremia HCV tra il 2006 ed il 2009, risultando positiva nel 26,3% (5/19) di essi. L'analisi dei genotipi HCV ha evidenziato che 2 soggetti erano infetti dal genotipo HCV 1a, in un caso era presente la coinfezione 1a/2a ed in un altro il genotipo era il 3a. In un caso il laboratorio non ha identificato il genotipo. La carica virale HCV era variabile da 49.000 a 700.000 I.U./ml.

Relativamente all'analisi di HBV, la ricerca del DNA è stata effettuata in 10 soggetti, risultando positiva in due casi, ma è stata effettuata una sola genotipizzazione (genotipo D). In nessuno dei due casi HCV RNA era determinabile.

La ricerca di anticorpi per HDV ha evidenziato che su 4/8 soggetti risultavano positivi (Immunoglobuline G); la ricerca dell'RNA virale era positiva in 2/7 casi (uno dei quali positivo per HDV IgG). Si è concluso che 7/14 (50%) assistiti erano stati infettati da HDV. HCV RNA era presente in uno di essi.

In questo gruppo 4 soggetti erano infetti da HIV, nessuno dei quali con viremia HCV.

Dei 44 pazienti positivi continuativi per HBcAb e negativi per HBsAg ed HBsAb è stata eseguita in 28 (63,6%) di essi scelti a caso la PCR per HCV: la viremia HCV è risultata positiva nel 78,6% (22/28) di essi; la carica virale variava da 5.100 a 31.800.000 I.U./ml. In questo caso l'analisi dei genotipi HCV ha evidenziato che il genotipo 1 era presente nel 71,4% dei casi, in 15/21 tipizzazioni. In questo gruppo è stato ricercato HBV DNA in 4 soggetti, ricerca sempre negativa.

In questo gruppo 2 soggetti erano infetti da HIV, entrambi con viremia HCV positiva.

Tre soggetti per gruppo hanno ricevuto terapia con interferone; i tre soggetti portatori di HBsAg risultano HCV RNA negativo, mentre i tre con HBsAg ed HBsAb negativo mostrano viremia HCV positiva. La odds ratio tra la presenza di HCV RNA in circolo tra il gruppo negativo per HBsAg/HBsAb ed il gruppo HBsAg positivo è di 10,2662; 95% confidence interval from 2.6273 to 40.1188.

Conclusioni. Lo studio mostra che la rilevazione epidemiologica può risultare utile per una migliore conoscenza di gruppi di popolazione "a rischio". Inoltre se è nota l'interferenza virale tra HBV ed HCV in vivo, pur utilizzando i due virus pathways biologici differenti, lo studio può contribuire a valutarne l'entità in casi quali gli IDUs che sono spesso soggetti a molteplici infezioni virali. Lo studio mostra che la probabilità dell'espressione della viremia HCV in soggetti HIV positivi/HBsAg ed HBsAb negativi risulta molte volte più probabile rispetto a quanto avviene in pazienti portatori di HBsAg. Relativamente a queste ultime infezioni lo studio riporta che il 50% dei soggetti portatori di HBsAg sono stati infettati anche da HDV, come riportato in letteratura. Merita ulteriori indagini l'assenza di viremia HCV (senza alcuna terapia specifica) nei 4 soggetti infetti HBV/HIV, se confrontata alla positività per HCV RNA nei 2 soggetti HIV positivi/HBsAg ed

HBsAb negativi.

Infine, l'importanza del rilievo relativo alla coinfezione HBV/HCV va inquadrata nell'ottica della diffusione delle terapie per i due virus: occorre migliorare la conoscenza dell'effetto di una terapia per HCV sull'eventuale espressività del virus HBV (anche nel caso di una infezione occulta da parte di quest'ultimo), o viceversa.

Il limite dello studio è nella scarsità numerica del dato, ma la relativamente recente disponibilità delle metodiche analitiche ed i risultati ottenuti ci incoraggiano a proseguire nella rilevazione dei dati.

Lo studio dimostra che nei Ser.T è possibile monitorare la diffusione delle infezioni virali ed anche contribuire alla conoscenza di esse con metodiche sempre più moderne.

28

"UNA SCUOLA PER LA VITA" ESPERIENZA DI INTERVENTO DI PREVENZIONE MULTIDISCIPLINARE IN 4 ISTITUTI SCOLASTICI NAPOLETANI

Curcio F.*, Capraro C.** , D'Ascoli G.*** , Focaccio F.** , Gaveglia M.** , Longobardo A.** , Losasso C.* , Masucci S.**** , Parente M.* , Petti M.***** , Plenzik M.**** , Villano G.**** , Veneruso C.**** , Molinaro S.***** , Siciliano V.***** , De Rosa G.*****
*Medico - D.S.B. Ser.T 31 - ASL NAPOLI 1 Centro
**Psicologo - D.S.B. Ser.T 31 - ASL NAPOLI 1 Centro
***Assistente Sociale - D.S.B. Ser.T 31 - ASL NAPOLI 1 Centro
****Infermiere Professionale - D.S.B. Ser.T 31 - ASL NAPOLI 1 Centro
*****Sociologo - D.S.B. Ser.T 31 - ASL NAPOLI 1 Centro
*****Responsabile - D.S.B. Ser.T 31 - ASL NAPOLI 1 Centro
*****CNR - Istituto di Fisiologia Clinica Sezione di Epidemiologia - Pisa

L'EU Drugs Action Plan 2005-2008 raccomanda di ridurre significativamente la prevalenza dell'utilizzo di sostanze d'abuso; la U.O. Ser.T D.S.31 della ASL Napoli 1 Centro ha realizzato un progetto triennale di prevenzione "Una scuola per la vita", per comprendere l'uso di sostanze tra adolescenti di Napoli e prevenirne l'uso. Per impostare il Progetto, gli Operatori del Ser.T hanno tenuto presenti le indicazioni del National Institute of Drug Abuse (NIDA) per una efficace prevenzione, in particolare si è teso ad incrementare i fattori protettivi ed a ridurre i fattori di rischio.

Scopi

1) Attivare gli adolescenti per il primo contatto con le sostanze psicoattive. 2) Far emergere le conoscenze degli adolescenti riguardo sostanze d'abuso e dipendenze. 3) Monitorare i dati epidemiologici nella coorte oggetto dello studio. 4) Seguire nel tempo i giovani coinvolti. 5) Studiare le conoscenze dei Docenti per utilizzarli come supporto. 6) Elaborare un modello per la prevenzione scolastica per i policy-makers.

Metodo

Sono stati coinvolti Docenti, scolari (nel ruolo di peer operators) ed opinion leaders; i metodi utilizzati sono stati brevi lezioni frontali, drammatizzazioni e role play, e rappresentazioni di quanto appreso nel corso di manifestazioni pubbliche. Sono stati attivati laboratori per una maggiore incisività dell'attività di prevenzione. Il programma è stato sottoposto a verifica dei Docenti e valutato con questionari per studenti.

Risultati

"Una Scuola per la Vita" ha coinvolto 1.234 adole-

scenti complessivamente; in 3 scuole Medie Superiori ed 1 Scuola Media Inferiore, oltre a 93 docenti.

Docenti: abbiamo somministrato questionari al termine del primo e del secondo anno del progetto; i domini relativi al rapporto con gli scolari sono stati: la "richieste d'aiuto"; gli "indicatori di disagio". **Relativamente al metodo utilizzato:** "metodologie di prevenzione più utile ed applicabile"; "efficacia della metodologia"; "raggiungimento degli obiettivi prefissati"; "approfondimento dei temi trattati"; "valutazione efficacia della festa finale". I domini relativi agli stessi Docenti: "la motivazione a partecipare al programma"; "la individuazione delle sostanze d'abuso"; "la definizione delle caratteristiche di sostanza d'abuso". Le risposte sono state fornite in base ad una scala pentenaria, che nel re-test è migliorata mediamente di 1,8 punti.

Adolescenti: il primo risultato è stata l'attivazione dei ragazzi relativamente al tema delle dipendenze: circa 150 lavori sono stati realizzati ed esposti nel corso delle manifestazioni finali.

Questionari. Primo Anno - dati riferiti ai questionari somministrati agli alunni delle Scuole Medie Superiori - 399 intervistati, 184 maschi e 215 femmine; età mediana 14 anni.

Il punto di riferimento familiare più importante è la madre, per il 33,3% degli scolari.

La vita sana - le occupazioni ritenute "sane" dagli scolari: lo "sport" e la "musica" vengono identificate come le abitudini sane per trascorrere il tempo libero dal 48,1% e dal 25,4% rispettivamente.

Relativamente all'utilizzo di bevande alcoliche, il 39,8% dei giovani ha dato risposta affermativa, associando il bere alla socializzazione nel 22,5% dei casi. Solo il 13,3% dichiara di fumare sigarette. Alla domanda "descrivi tre forme di dipendenza" i ragazzi hanno indicato alcol nel 29,5% dei casi, eroina nel 27,9% e fumo di sigarette nel 22,6%; al primo anno di frequenza scolastica i giovani immaginano nel 26,3% dei casi che la droga sia diffusa prevalentemente in discoteca.

Secondo anno - dati riferiti ai questionari somministrati agli alunni delle Scuole Medie Superiori - 380 intervistati, 176 maschi e 204 femmine; età mediana 15 anni.

L'88,7% dei soggetti ha un buon dialogo con i genitori, il 97,5% è contento di frequentare gli amici, il 74,4% esce spesso in gruppo. Uso di sostanze psicoattive, il 36,8% degli scolari ha bevuto alcolici. Il 32,4% ha fumato sigarette. Il 13,4% ha provato a fumare canne. Infine, il 3,9% ha provato il popper. Alcuni avrebbero utilizzato cobret (5,7% dei maschi e 1,1% delle femmine), cocaina (4,0% maschi e 1,1% femmine) ed ecstasy (4,0% maschi e 0,6% femmine). Infine, l'utilizzo di farmaci in generale presenta caratteristiche preoccupanti: il 27,6% dei giovani se ha mal di testa assume subito un farmaco; il 36,4% assume farmaci senza controllo medico.

Terzo anno - 365 intervistati, 175 maschi e 190 femmine.

Questionario utilizzato ESPAD. La elaborazione dei dati è stata effettuata dal CNR - Istituto di Fisiologia Clinica Sezione di Epidemiologia di Pisa.

Scuole Medie Superiori (259 studenti). Il campione è composto dal 40,5% di maschi (105) e dal 59,5% di femmine (154). Età mediana 16,5 anni. Relativamente all'ambito familiare, il rapporto con i genitori è percepito soddisfacente nel 92,6% dei casi; la condizione economica familiare è definita buona dall'87,7% degli studenti e la percezione di attenzione è buona per l'83,4%. Attività sportive sono praticate dal 52,4% degli studenti. Altre caratteristiche: l'89,4% ha avuto problemi in risse; il 42% ha avuto incidenti, il 44,7% è stato ricoverato al pronto soccorso e circa il 15,8% ha avuto coinvolgimenti in rapporti sessuali non protetti. Il 10,3% degli studenti del Liceo dichiara di partecipare spesso a giochi in cui si spendono soldi.

Alcol - La prevalenza nel corso della vita si attesta al 91,9%. L'incidenza negli ultimi dodici mesi risulta dell'84,2%. Negli ultimi trenta giorni è stato effettuato dal 62,6% degli intervistati.

La prevalenza di ubriacature è del 52,5%; negli ultimi 12 mesi l'incidenza risulta del 38,2%. La bevanda più diffusa è la birra (57%). **Sigarette** - la prevalenza del fumo di sigarette (consumo alcuni giorni/settimana) nella vita è del 54,4% ugualmente diffuso tra i maschi e le femmine. Il consumo di sigarette complessivo nel corso dell'ultimo mese è del 44,8%. **Cannabis** - utilizzo di cannabis una volta nella vita è del 44,8%. Negli ultimi 12 mesi l'incidenza risulta del 32,0%.

Stimolanti - In tale classe viene riportato l'ecstasy; gli studenti mostrano una prevalenza del 4,2%; l'incidenza nell'ultimo anno è del 3,5% e nell'ultimo mese al 2,8%. **Psicofarmaci** - La prevalenza è del 4,2%; l'incidenza nell'ultimo anno è del 3,1%. **Cocaina** - La prevalenza d'uso è del 4,6%. L'incidenza negli ultimi 12 mesi è del 3,9%. **Eroina** - la prevalenza è del 3,9% e l'incidenza nell'ultimo anno è del 2,3%. Per tutti i 17enni intervistati risulta più facile reperire eroina a casa dello spacciatore (43%) o in discoteca (31%), che riuscire a trovarla in strada (22%) o a scuola (5%). Per gli studenti la cannabis viene maggiormente reperita in strada (52%), a scuola (51%), a casa dello spacciatore (50%) ed in discoteca (37%) (figure 16). La cocaina oltre che facilmente rintracciabile a casa dello spacciatore (48%), può essere acquistata in discoteca (42%), in strada (30%) e nell'ambiente scolastico (12%). **Laboratori** - "Fatti di vita" ha coinvolto 93 studenti in tre Scuole. Il processo ha costituito un momento significativo nella formazione dei "peer educators". "Immagini e Parole" (cineforum per genitori e scolari) ha consentito l'incontro tra genitori e giovani scolari nel "territorio" scolastico.

Terzo anno - Scuola Media Inferiore, 106 intervistati. Questionario utilizzato ESPAD (non tarato per le Scuole Medie Inferiori); i risultati della Media Inferiore sono separati dalle Scuole Medie Superiori. Maschi 34% e 66% femmine, l'età mediana è di 13 anni. Nel 77% dei casi il rapporto con i genitori è soddisfacente; la condizione economica familiare è buona nel 72%. Gli studenti praticano attività sportive nel 57%. Il 34% ha partecipato a risse; il 34% ha avuto incidenti, il 32% è stato ricoverato al pronto soccorso. I

giovani scolari partecipano 2 volte al mese a giochi in cui si spendono soldi nel 24% dei casi. Alcol - La prevalenza è del 55%. L'incidenza negli ultimi dodici mesi è del 51%. Le bevande più usate sono birra (81%) e vino (81%). L'aspettativa nei confronti degli effetti del bere ha una connotazione negativa nel 65% dei casi (danni per la salute, stordimento, incapacità di smettere). *Sigarette* - la prevalenza del fumo (alcuni giorni/settimana) nel corso della vita è del 6%. Gli studenti delle medie inferiori riferiscono una elevata disapprovazione (>85%) di far uso di sostanze psicoattive. Per tutti i 13enni intervistati risulta più facile reperire eroina nei parchi o in strada. La cocaina è rintracciabile a casa dello spacciatore e può essere acquistata in strada. Per gli studenti intervistati l'ecstasy viene reperito soprattutto in discoteca.

In conclusione, l'analisi della coorte di adolescenti oggetti dello studio ha espresso una ottima partecipazione e di attivazione agli stimoli degli operatori del Ser.T. L'evoluzione dell'uso di sostanze psicoattive è risultato notevole, apparentemente non influenzata dall'azione preventiva del progetto. Certamente i risultati ci indirizzano verso il miglioramento dell'azione di prevenzione, raccomandando di cominciare i programmi di sensibilizzazione già nel corso dei primi anni di Scuola Media Inferiore. Inoltre, le sostanze ed i comportamenti più rischiosi risultano quelli collegati all'uso, talvolta abuso, di bevande alcoliche. Pertanto, le principali raccomandazioni per i policy-makers riguarda una più coscienziosa applicazione di atteggiamenti preventivi riguardo l'uso di bevande alcoliche e farmaci nei giovani.

MEDICINE NON CONVENZIONALI (MNC), FISICA QUANTISTICA E DIPENDENZE PATOLOGICHE

D'Angelo A., Contaldi C.
Ser.T SAPRI (SA)

Le medicine non convenzionali in particolare l'ayurveda e l'agopuntura (MnC) forti della loro più che millenaria presenza si configurano, a nostro parere, come un strumento terapeutico aggiuntivo nel quadro multidisciplinare generale nel campo delle terapie per le dipendenze patologiche. Secondo la nostra esperienza queste antiche scienze:

- 1) migliorano la *compliance* del paziente;
- 2) favoriscono l'*adherence* al programma terapeutico consigliato;
- 3) riducono la conflittualità e le rivendicazioni improprie nei confronti dell'*equipè*;
- 4) rendono più ampi e coerenti gli obiettivi e le strategie terapeutiche partecipate dal programma, finalizzando una maggiore adesione al principio di realtà, con riduzione di aspettative e ideazioni totipotenti;
- 4) aumentano le qualità e le quantità relazionali-affettive.

La fisica quantistica resta il ponte tra queste antiche medicine e terapie naturali e il linguaggio scientifico contemporaneo. In realtà un atomo che cosa è? Immaginate un mulinello di polvere che corre nel deserto togliete la sabbia e la polvere, quello che rimane è un vortice simile ad una bufera. La struttura dell'atomo è formata da un insieme di vortici di energia infinitamente piccoli chiamati *quark* e fotoni. Da lontano, l'atomo apparirebbe come una sfera indistinta; ma mettendo sempre più a fuoco la struttura, l'atomo diventerebbe sempre meno nitido e preciso, fino a scomparire del tutto. Non vedremo più nulla, poiché, mettendo a fuoco la struttura dell'atomo osserveremo solo uno spazio vuoto. L'atomo non ha una struttura fisica, pertanto l'atomo *newtoniano* è impermanente, mentre l'atomo è solo ed esclusivamente un atomo quantistico, così come descritto. A causa del pregiudizio materialistico *newtoniano*, la "scienza ortodossa" ha continuato ad ignorare il ruolo svolto dall'energia nella salute e nella malattia. La percezione riduzionistica di un flusso lineare di informazione è, una caratteristica dell'universo *newtoniano* A_B_C_D_E al contrario il flusso di informazioni in un universo quantistico è di tipo olistico (fig 1).

Gli elementi delle cellule sono intrecciati in una complessa ragnatela comunicativa. Le relazioni tra materia ed energia sono complesse ed olistiche.

La domanda conseguente è quali sono le forze e le energie che controllano la torsione e il ripiegamento e le vibrazioni delle molecole in forma complessa. Negli ultimi anni si sono fatti esperimenti ed esperienze che rivelano che forze invisibili dello spettro elettroma-

gnico hanno un impatto profondo su ogni aspetto della regolamentazione biologica, psicologica e relazionale complessa.

Tali forze sono chiamate: microonde, frequenze radio, spettro della luce invisibile, frequenze basse, frequenze acustiche, energia scalare, energia sincronica, ecc....le nostre risposte agli stimoli ambientali sono controllate dalle percezioni ma non tutte le nostre percezioni apprese sono esatte, esse sono esito di un processo di apprendimento. È il processo pedagogico che crea la priorità percettiva, l'insieme delle priorità fa cogliere il sistema di agglutinamento molecolare atomico scelto, per cui la percezione controlla la biologia (David Baltimore 2001). Come abbiamo visto le percezioni possono essere vere oppure false. Quindi è più corretto dire: le percezioni che controllano il comportamento sono "credenze", pertanto le credenze controllano "il Bios" le biologie.

I bioscienziati *newtoniani* tradizionalisti sostengono che se non è materia non conta niente; ma che cosa è la materia? Essa è ciò che dicevamo all'inizio a proposito dell'atomo quantistico; come conseguenza la credenza è un'energia non locale che, solo all'attualità, pertanto non interessa alla scienza materialistica.

Purtroppo questo modo di vedere è una credenza palesemente errata in un universo quantistico. Questa distorsione percettiva non solo crea questa cosmografia incoerente, bensì crea anche quello che si pretende di risolvere ovvero lo squilibrio e la malattia. In quanto essa è conseguenza delle distorsioni percettive e delle sue cosmografie. Imparare ad usare le credenze e il segreto della vita, del benessere, della salute. Saggi di ogni epoca ci stanno raccontando le stesse cose da millenni ora la scienza sta andando nella stessa direzione: non sono i geni, ma le credenze a controllare la nostra vita. non c'è nulla di cui avere paura se non la paura stessa.

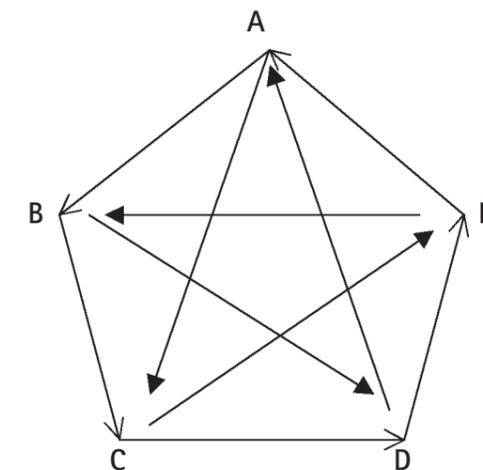
È chiaro che non siamo più complessi di organismi più semplici (vermi, piante) non possiamo più ricorrere ai geni per spiegare perché gli esseri umani sono in cima alla scala evolutiva perché non c'è alcuna differenza tra organismi primitivi e umani per quanto riguarda i geni. forse è da chiedersi se siamo veramente in cima alla scala evolutiva, la risposta passa probabilmente da una altra domanda che cosa siamo e cosa siamo venuti a fare al mondo.

Dopo questa esposizione che vuole essere solo un legame tra il "vecchio" e il "nuovo", come dicevamo all'inizio di questa nostra trattazione, le considerazioni suesposte sono il frutto di vari anni di applicazioni delle M.n.C. a pazienti con dipendenza patologica e seguiranno altre puntuali e specifiche rendicontazioni sull'efficacia e sulle pratiche terapeutiche utilizzate in particolare se si risconterà curiosità intellettuale e professionale tra gli addetti ai lavori.

Bibliografia

- Bruce Lipton *La biologia delle credenze* Macroedizioni.
Daniel J. Kevles, *The Baltimore Case: A Trial of Politics, Science, and Character* (New York: W.W. Norton & Co, Inc.; 1998)
Lynne Mc Taggart *Il campo del punto zero*. Ed Macro 1988
Massimo Teodorani *L'Entanglement* Ed. Macro 2001

Fig. 1



30

METAFORE SPECIFICHE E MINDFULNESS NELLA PSICOTERAPIA DELLE ALCOLDIPENDENZE

De' Lutti P.
*Medico psicoterapeuta - Responsabile Riabilitazione
Alcolologica Associazione HANDS - Bolzano*

Il trattamento riabilitativo di pazienti con dipendenza da sostanze richiede un notevole impegno in termini di tempo e di risorse umane, con l'intervento di varie professionalità. Il mio lavoro è da molti anni rivolto a pazienti con problemi di alcodipendenza, ma molte delle tecniche e parte dello approccio metodologico da me proposto sono adattabili ad altre forme di dipendenza. Inoltre già nel titolo dell'intervento ho usato il termine di *Alcodipendenze* a sottolineare la molteplicità delle espressioni cliniche con cui si manifesta la dipendenza alcolica.

Sappiamo che può essere rapida o lenta nel suo determinarsi, episodica, complessa, associata a vari disturbi della personalità, del comportamento, e all'uso di altre sostanze psicoattive.

Nelle alcodipendenze il trattamento può includere un approccio medico, psicologico, sociale, e modalità di tipo individuale e di gruppo, con coinvolgimento dei familiari. Personalmente trovo possibile ed assai utile prevedere che lo psicologo, il medico, l'assistente sociale, l'educatore, e il volontario, nelle varie fasi del trattamento di cura e di riabilitazione si possano muovere sulla base di alcune linee guida che in parte già riconosciute, e in parte ancora da ridefinire.

Intendo dire che alcune buone prassi come l'intervento motivazionale, il counseling di prevenzione della ricaduta, e i Gruppi di aiuto per alcolisti, hanno già in se' alcuni elementi fondamentali come l'ascolto aperto, l'empatia, l'approccio fiducioso e non giudicante.

Ritengo che anche l'intervento psicoterapeutico nelle alcodipendenze, muovendosi sulle stesse basi, possa trovare una indicazione più mirata e possa esplicarsi in modo continuo in tempi anche lunghi, affiancandosi o sostituendosi agli interventi di prevenzione della ricaduta.

In tal senso ho trovato spesso necessario lavorando sia in ambito privato che in un servizio pubblico, proporre un percorso riabilitativo specifico, mirato, e personalizzato nelle alcodipendenze.

Questo tipo di intervento, associato a specifiche tecniche come la Mindfulness e le metafore terapeutiche mirate, individua un trattamento di lungo periodo che chiamerò Psicoterapia di accompagnamento riabilitativo (PAR).

Mi fa piacere verificare che alcune metodologie di supporto terapeutico a pazienti con disturbi da dipen-

denza, che fino a pochi decenni fa erano considerate solo una curiosità, sono attualmente oggetto di grande interesse e ricerca come ad esempio la Mindfulness.

La Mindfulness può essere definita come *"la consapevolezza che emerge prestando attenzione intenzionalmente nel momento presente e in modo non giudicante al presentarsi dell'esperienza momento per momento"*. Questa semplice definizione è di Jon Kabatt Zinn, uno dei principali studiosi e praticanti di Mindfulness che ha lavorato moltissimo con persone sofferenti di varie patologie.

Questa modalità di intervento che affonda le radici nella psicologia buddista e applica strategie basate sulle tecniche meditative, mi sembra molto adatta per essere integrata in un intervento di lungo periodo nella riabilitazione degli alcodipendenti.

La Mindfulness permette inoltre, se viene praticata anche dagli operatori che la propongono, di sviluppare un atteggiamento mentale flessibile, attento e gentile, che ben si presta ad intervenire efficacemente anche nei casi più difficili.

Sembra banale, ma molte volte piccoli cambiamenti possono creare grandi cambiamenti. In questa ottica lo sviluppo dell'attenzione, della consapevolezza, della disciplina mentale, promosse dalla Mindfulness, divengono dei potenti strumenti di cambiamento, di benessere, di sviluppo personale.

Questi sono elementi ed espressioni di comportamenti umani che possono essere inclusi in quello che viene spesso definito come "ambito spirituale". Questa dimensione non va equivocata perché è la stessa che Jung indicò ad uno dei fondatori di AA, come via maestra per poter uscire dall'alcodipendenza.

Questa dimensione è la stessa che Vladimir Hudolin fondatore dei Club per alcolisti in trattamento, chiamava Spiritualità antropologica. Ed è anche la stessa che possiamo trovare nei lavori di molti autori che si occupano di Dipendenze (Schaub, Cloninger, Bien, Marlatt, Kabatt Zinn e altri).

Un secondo ambito di intervento da me proposto si orienta sull'utilizzo di specifiche metafore terapeutiche che trovo utili da applicare nelle diverse fasi dell'alcodipendenza.

Le metafore, le tecniche immaginative e le strategie mentali specificamente orientate, sono degli efficaci strumenti in ottica riabilitativa, che vanno integrati nel trattamento terapeutico finalizzato a migliorare le capacità di fronteggiamento dei pazienti di fronte alle ricadute.

Inoltre è possibile utilizzare nella Psicoterapia di accompagnamento riabilitativo (PAR), anche alcune specifiche metafore ed immagini, adattabili alle diverse forme di Craving sviluppato dal paziente. Molti studi scientifici documentano lo stretto rapporto tra Craving, stimoli ambientali condizionanti e aspetti psicologici ed emotivi della persona, ed è dimostrato che le strutture nervose coinvolte nell'appetizione delle sostanze psicoattive (meccanismi base della gratificazione) sono filogeneticamente molto antiche, a

31

"SPEGNI LA SIGARETTA... ACCENDI IL TUO FASCINO" CENTRO PER IL TRATTAMENTO DEL TABAGISMO

Diotallevi G., Paolini M., Paglialonga C., Ricino G.
*Dipartimento Dipendenze Patologiche ASUR Marche,
Z.T. n.1 Pesaro*

Introduzione

Il tabagismo rappresenta un problema ricco di implicazioni etiche, oltre che sanitarie, sociali, giuridiche, scientifiche ed economiche. Esistono dati scientifici inoppugnabili secondo cui il fumo costituisce un grave fattore di rischio per la salute.

Il Dipartimento Dipendenze Patologiche della Zona Territoriale n.1 di Pesaro, in collaborazione con l'U.O. Pneumologia dell'Azienda Ospedale "S. Salvatore" e alcune Associazioni di Volontariato presenti nel territorio, ha avviato uno specifico progetto finalizzato a sostenere il cambiamento dei comportamenti correlati al consumo di tabacco. Tale progetto è stato avviato in fase sperimentale nel luglio 2006 e attualmente è l'unico centro pubblico per trattamento del tabagismo nel territorio della provincia. L'accesso alla prestazione prevede il pagamento di un ticket.

Tutte le fasi operative sono state formalizzate attraverso la stesura di un protocollo di diagnosi e terapia per il trattamento della dipendenza da fumo di tabacco e nello specifico prevedono:

Un primo colloquio di accoglienza e valutazione attraverso il quale, dopo la raccolta delle informazioni anamnestiche, vengono valutati sia il grado di dipendenza (Test di Fagerstroem), sia il grado di motivazione a smettere di fumare (Modello Transteorico del Cambiamento).

Successivamente, se il paziente è ritenuto idoneo, viene avviato un trattamento di tipo integrato: medico e psicologico che ha una durata media di circa 3 mesi.

• Il trattamento medico presso la U.O. Pneumologia consiste nella raccolta di informazioni sulle abitudini tabagiche del soggetto e sulle patologie fumo correlate (comprese quelle dei suoi familiari); un esame obiettivo medico; una valutazione obiettiva del consumo di sigarette mediante la carbossiemoglobina; eventuali altri esami di valutazione (per es. accertamenti diagnostici strumentali quali spirometria basale, Rx del torace, ecc.) ed infine un intervento di informazione, motivazione e consiglio (Counseling).

Può essere avviata una eventuale terapia sostitutiva con nicotina (NRT): cerotto transdermico; gomma da masticare; inalatore di nicotina; compresse sublinguali. L'utilizzo di questi rimedi può anche essere combinato con Bupropione (antidepressivo atipico). Nell'ultimo periodo viene utilizzato la vareniclina tar-

collocazione mesencefalica. L'origine profonda del Craving, come sostengono Cibin, Zavan e collaboratori, si esprime clinicamente in una sofferenza clinica ai confini tra corpo e pensiero, ingestibile con un approccio razionale basato sulle parole, ma piuttosto sensibile ad un accudimento corporeo e preverbale.

In questa precisa ottica credo che la distensione immaginativa, le metafore, le tecniche ipnotiche mirate, le strategie basate sulla Mindfulness, possono divenire strumenti privilegiati di intervento terapeutico. Alcuni interventi possono trovare ottima applicabilità in Gruppi omogenei di pazienti.

Inoltre un approccio di questo tipo caratterizzato da flessibilità, empatia, attenzione, gentilezza, sembra determinare comunque risultati migliori in termini di efficacia rispetto a strategie che non prevedono tali qualità come determinanti.

Le metafore terapeutiche specifiche possono essere utilizzate tramite un approccio induttivo o *deduttivo*, e l'uso delle immagini si configura come un ponte con l'esperienza diretta del paziente.

I temi utilizzati per esplicitare le varie tematiche sottese ai diversi momenti della riabilitazione alcolologica, divengono presto familiari al paziente, che trova poi piuttosto facile ricorrere a quelle immagini per collegarsi alla sua diretta esperienza di cambiamento.

E allora i colloqui terapeutici avranno spesso come protagonisti *il Capo indiano, lo Gnomo, la Palude, il Diavoletto, il Cuoco, la Stufa, il Ponte, il Contadino...*

La PAR a mio modo di vedere può essere utilizzata sia in ambito ambulatoriale o in Comunità terapeutica. E' da intendere come una traccia che può accompagnare il lungo percorso di riabilitazione di un alcolista, nelle sue varie fasi, attraverso un intervento medico, psicologico, sociale, individuale e di gruppo. La dimensione collegata alla Mindfulness trova utile espressione sia in ambito terapeutico, sia in ambito formativo per gli operatori del settore, e può essere utilizzata anche nelle attività di gruppo.

trato. Successivamente sono programmate altre due visite utili per fornire informazioni sui rischi per la salute provocati dal fumo, sull'uso corretto dei farmaci e sui loro effetti attesi; motivare la persona, anche per superare i momenti di craving; consigliare strategie alternative al fumare. Riducendo l'intensità dei sintomi di astinenza e/o del desiderio si aiuta la persona, alleviata dai disturbi fisici, a concentrarsi e a lavorare maggiormente sugli aspetti psicologici e comportamentali del fumo.

• Il trattamento psicologico è attuato ad opera dello psicologo-psicoterapeuta e prevede una terapia breve di gruppo (min 4, max 12 partecipanti) con l'obiettivo di promuovere il sostegno reciproco fra i membri e favorire il mantenimento della dismissione dal fumo di tabacco nel tempo. È previsto un ciclo di 10 incontri di terapia di gruppo basato su metodi e strategie psico-comportamentali. Successivamente viene consigliata la partecipazione per un tempo indeterminato a Gruppi liberi per ex-fumatori che si riuniscono con cadenza trimestrale;

Tale trattamento contempla una dismissione graduale dal numero di sigarette fumate con una data limite per la cessazione e prevede l'utilizzo di schede pratiche (per es. "diario del fumatore") e di materiale informativo cartaceo.

FOLLOW UP:

Dalla data di attivazione del progetto sono state registrate n. 191 prenotazioni presso il CUP (Centro Unico Prenotazione) del Distretto Sanitario di Pesaro ed effettuati n. 142 colloqui di accoglienza.

Successivamente 65 persone (45,7%) hanno deciso di intraprendere il percorso di psicoterapia di gruppo. Nel periodo di riferimento sono stati attivati n. 10 gruppi terapeutici. Il gruppo più numeroso ha visto la partecipazione di 11 persone. Numericamente ininfluente gli abbandoni registrati durante il ciclo dei 10 incontri previsti per ogni gruppo.

Dall'analisi dei risultati, (follow up a distanza di 1 mese dalla chiusura del ciclo di incontri), la percentuale di remissione totale dall'uso di sigarette registrata è pari al 60%.

Periodo di riferimento	n. Gruppi attivati	n. partecipanti	n. dei casi con remissione del sintomo ad un mese dal termine del trattamento
2006 (6 mesi)	1	11	5 (45.5%)
2007	3	16	10 (62.5%)
2008	2	15	11 (73.3%)
2009	3	18	11 (61.1%)
2010 (6 mesi)	1	5	2 (40.0%)
TOTALE	10	65	39 (60.0%)

L'INTERVENTO MINDFULNESS IN UN GRUPPO DI TOSSICODIPENDENTI UNO STUDIO PILOTA SU ANSIA E CRAVING

Dodero F.*, Novelli D.**,
Di Pietrantonj C.***, Duchi E.****
*psicologa Ser.T ASLAL e-mail: fdodero@aslal.it
doderba@libero.it
** assistente sanitaria Ser.T ASLAL
*** statistico Servizio Sovrazonale di Epidemiologia - SSEpi ASL AL
**** psicologa, spec. scuola di psic. cognitivista sede Torino e-mail: eleonora.duchi@email.it

Partendo dalle ricerche e dalle evidenze scientifiche ottenute da Kabat Zinn e collaboratori presso la clinica per la riduzione dello stress dell'Università del Massachusetts è stato progettato un gruppo teorico e pratico, presso il Dipartimento Patologie delle Dipendenze dell'ASLAL di Alessandria, sulla gestione dello stress e dell'ansia e la prevenzione delle ricadute, che tenesse anche in considerazione aspetti legati alla terapia cognitivista, adattandolo secondo i suoi criteri, alla prevenzione delle ricadute alla depressione¹.

In questo approccio teorico la Mindfulness sta ad indicare un addestramento alla presenza mentale che attraverso l'acquietamento della mente e un livello più profondo di consapevolezza agisce sul piano fisico, energetico, mentale e spirituale contribuendo alla guarigione ed al benessere.

L'obiettivo è quello di aiutare i pazienti ad avvalersi di skills adattative per affrontare l'ansia e lo stress e andare ad incidere così anche sul craving. Questo significava fornire degli strumenti in modo che la persona, non solo non si lasciasse sopraffare dall'ansia, ma riconoscesse tempestivamente i segnali che il corpo invia per informare di un "pericolo percepito", per accettarli e accoglierli senza permettere loro di alterare in modo indifferenziato e confusivo la capacità di "essere nel mondo" e far partire una catena di comportamenti volti alla ricerca della sostanza.

L'intervento da noi attuato prevedeva la partecipazione delle persone ad un gruppo della durata di 9 incontri dove venivano insegnato e praticato un training di Mindfulness così come viene proposto nel protocollo elaborato².

Durante questo periodo, attraverso l'apprendimento (teorico e pratico) e la sperimentazione (in loco e a casa) delle tecniche proposte, le persone sono state in grado di sviluppare capacità di controllo e consapevolezza critica nei confronti dei sintomi predittori di stress, ansia e craving da sostanze, in modo da approfondire una migliore cura di sé, vivere una vita più sana ed adattiva, riconoscere i sintomi che potrebbero essere causa di "agiti" e possedere gli strumenti per richiedere aiuto.

L'utilizzo del gruppo, inoltre, ha stimolato e favorito i fattori sociali di partecipazione e di supporto emotivo e di cura, non ché del non sentirsi soli ed isolati nei propri sforzi tesi a collaborare, ad adattarsi, a crescere.

METODOLOGIA E STRUMENTI

Il trattamento è consistito in 9 incontri di gruppo che si svolgevano una volta alla settimana per la durata di 1 ora e mezza ad incontro.

Il gruppo era composto da 8 persone:5 maschi e 3 femmine di età compresa tra i 25 e i 45 anni in carico presso il Servizio, con una storia pregressa di tossicodipendenza e allo stato di frequentazione del gruppo, in astinenza totale da sostanze.

Ogni incontro veniva condotto da due operatori (psicologa e assistente sanitaria con training in mindfulness e respiro consapevole), comprendeva una sessione di meditazione e di visualizzazione, e una parte di condivisione di gruppo sull'argomento della seduta e sui compiti assegnati.

La pratica Mindfulness era orientata a sviluppare un'attenzione intenzionale al corpo (attraverso l'attenzione al respiro e ai vissuti corporei muscolari di tensione e rilassamento), ai pensieri (in particolar modo a quelli automatici e rivolti a rimuginare esperienze del passato), alle emozioni (sia positive che negative).

Il training Mindfulness prevedeva anche l'entrare in relazione in maniera non giudicante con la propria esperienza in modo da permetterle di essere quella che è nel qui ed ora, senza sentirsi "obbligati" a modificarla. Questo atteggiamento di accettazione è un aspetto che noi abbiamo ritenuto fondamentale nel processo del prendersi cura di sé e di orientare la propria progettualità.

L'incontro prevedeva 20-30 minuti di meditazione guidata (body scan e visualizzazioni inerenti il tema dell'incontro) e una serie di esercizi esperienziali relativi all'accettazione non giudicante dei propri pensieri ed emozioni, le tecniche di respiro consapevole, l'uso

delle tecniche di mindfulness in situazioni di craving da sostanze, e l'uso di immagini "ancora" o di spazi di respiro in situazione di crisi.

Ai partecipanti venivano assegnati esercizi da svolgere quotidianamente nei giorni tra una seduta e l'altra e supporti cartacei sui quali ritrovare quanto detto nella seduta di gruppo.

RISULTATI E DISCUSSIONE

Pur tenendo conto dell'eseguità del campione, la sperimentazione di tecniche di Mindfulness ha portato un grado elevato di soddisfazione sia nei pazienti che negli operatori.

Dal colloquio di feedback effettuato a distanza di un mese, tutti i pazienti risentivano ancora degli effetti positivi sperimentati durante il trattamento ed espressi in una maggiore consapevolezza del prendersi cura di sé e di accettazione dei propri stati emotivi. Dal controllo degli esami delle urine effettuate nelle 8 settimane successive al corso non si sono trovati risultati positivi al consumo di sostanze.

L'analisi statistica volta a verificare una possibile correlazione tra i livelli di ansia e di craving effettuata sul campione di 8 pazienti, mostra una apparente relazione fra l'andamento, valutato lungo le 9 sedute, delle medie delle risposte al test ANSIA con l'andamento delle medie delle risposte al test CRAVING; tale correlazione pur risultando essere pari a rho=0.66 intervallo di confidenza al 95% [0.0 0.92] mostra che tale rho non appare essere diverso da zero in modo statisticamente significativo.

L'interpretazione di questi risultati, in ogni caso, richiede cautela, soprattutto in considerazione dell'esiguità dei soggetti intervistati.

Considerando il presente studio come uno studio pilota per indagare su una possibile relazione fra "gestione dell'ansia" e Craving si può notare come dalla terza alla settima seduta i livelli di ansia e craving diminuiscano e tendano a sovrapporsi. Questo andamento sarebbe un'ulteriore conferma della applicabilità della

Figura 1

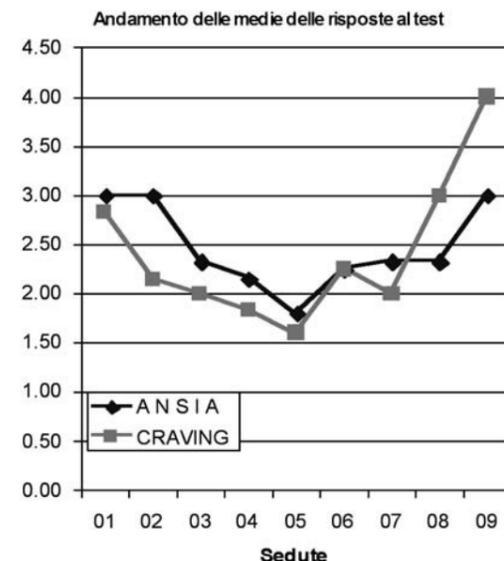
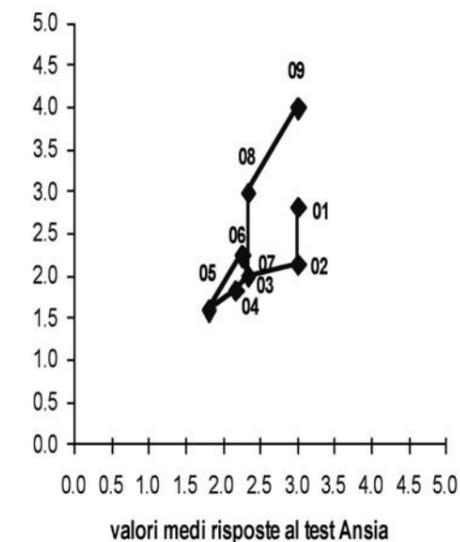


Figura 2 - L'etichetta sui punti indica la seduta



Mindfulness come tecnica di riduzione dell'ansia e craving nella popolazione di tossicodipendenti. Inoltre troverebbe una prima e parziale conferma la nostra ipotesi di una correlazione tra ansia e craving e di una possibile confusione, anche a livello cognitivo delle due. Come si vede nelle ultime due sedute, di fronte alla chiusura del gruppo e a un comprensibile aumento del livello di ansia, il paziente con un pregresso utilizzo di sostanze risponde agli stimoli, anche somatici legati all'evento ansia, con un riconoscersi un livello maggiore di craving piuttosto che di ansia.

Conclusioni

La possibilità di utilizzare in un Ser.T il protocollo Mindfulness nella prevenzione delle ricadute ha dato ottimi risultati sia sul piano quantitativo (nelle 8 settimane successive al trattamento non ci sono state ricadute) sia su quello qualitativo espresso attraverso un aumento e un miglioramento delle relazioni personali e interpersonali. Questi risultati, del tutto preliminari, ci suggeriscono però una possibile linea di evidenza scientifica sulla quale lavorare in modo da strutturare un protocollo di ricerca a più ampio respiro e a maggiore rappresentanza. Tuttavia i risultati di questo "studio pilota" ci hanno fornito utili indicazioni per una definizione più accurata di un protocollo di ricerca per valutare l'effettiva esistenza di una correlazione tra craving e ansia e applicare una tecnica come la mindfulness che andrebbe a incidere proprio sul riconoscimento cognitivo e somatico di entrambi gli aspetti e proporrebbe strumenti di empowerment individuale volti ad una maggiore consapevolezza del proprio essere e del proprio agire nel mondo.

1 Protocollo MBCT, mindfulness based cognitive therapy. Segal et al., Mindfulness, Bollati Boringhieri 2002

2 Mindfulness, al di là del pensiero, attraverso il pensiero Segal, Williams e Teasdale Bollati Boringhieri 2006

**PROGETTO NAUTILUS:
APPLICAZIONE DELLA PEER
EDUCATION E DELLE LIFE SKILLS
NELLA PREVENZIONE PRIMARIA
DELLE DIPENDENZE**

Esposito G., Gallo M., Abbruzzese M. R., Cassese F.
UOC Ser.T Pomigliano d'Arco - DS 51 ASL Napoli 3 SUD

Introduzione

Negli ultimi anni stiamo assistendo ad una crescente diffusione del consumo di sostanze stupefacenti tra la popolazione giovanile, diffusione favorita sia dai diversi tipi di sostanze disponibili che dalle mutate modalità di consumo. A partire dagli anni '90, infatti, hanno trovato ampia diffusione le droghe di sintesi, il cui uso è compatibile con uno stile di vita "normale". Allo scopo di favorire una modifica dello stile di vita degli adolescenti, attraverso interventi informativi ed educativi, e di rafforzare le loro risorse e le capacità di far fronte alle difficoltà e ai cambiamenti che si verificano durante la fanciullezza e l'adolescenza è stato sviluppato il progetto "Nautilus Scuole", promosso dall'UOC Ser.T di Pomigliano d'Arco (NA). Tale progetto educativo è rivolto all'universo giovanile, e in particolare agli alunni delle scuole medie superiori e inferiori del territorio di appartenenza del Ser.T. Il progetto, dunque, ha come obiettivo l'attivazione di percorsi innovativi per la prevenzione delle dipendenze patologiche trattando tematiche quali alcool, droghe, doping, videodipendenze, disturbi del comportamento alimentare, gioco d'azzardo, tabagismo. Scopo del presente lavoro è quello di valutare il livello di penetrazione della metodologia utilizzata e il livello di adesione al Progetto presso le scuole medie superiori coinvolte nello stesso.

Metodi

Sono state analizzate le attività progettuali svolte nel secondo, terzo e quarto anno delle scuole medie superiori durante gli anni scolastici 2007-2008, 2008-2009, 2009-2010, anni in cui le *life skills* sono state potenziate. Il progetto è basato sulla *Peer Education*, una metodologia che prevede il coinvolgimento attivo degli studenti. Questi vengono addestrati a collaborare alla propria formazione attraverso un modello capace di sviluppare il proprio senso di efficacia personale e collettiva, di potenziare le capacità di resistenza (resilienza) alle pressioni del gruppo dei pari, di sviluppare il pensiero critico e divergente e, successivamente, di trasmettere tutto ciò ai propri coetanei. Tale approccio consente di potenziare le capacità dell'individuo di adattarsi alla realtà sociale attraverso le *life skills*. Il progetto è strutturato in cinque fasi: 1) la prima fase consiste nell'individuazione dei *peer educator* attraverso l'utilizzo di test sociometrici; 2) la successiva

fase prevede la formazione dei *peer educator* mediante lezioni frontali con diverse figure professionali; 3) nella terza fase si attua un rinforzo delle *life skills*; 4) nella quarta fase i *peer educator* vengono suddivisi in gruppi e sollecitati a creare un prodotto finale (cortometraggi, cartelloni, power-point, rappresentazione teatrale, opuscoli, etc.), su una dipendenza patologica; 5) infine, nell'ultima fase i prodotti finali vengono presentati in occasione di un evento finale alla presenza di insegnanti, alunni, istituzioni ed esperti sulle dipendenze. Il progetto ha come durata l'intero anno scolastico con incontri quindicinali della durata di tre-quattro ore sulla base di un calendario concordato con il docente referente. Le attività progettuali prevedono il coinvolgimento dei docenti referenti delle scuole, degli operatori del Ser.T, delle forze dell'ordine (carabinieri, polizia, polizia locale), di associazioni sportive e di volontariato, di cooperative sociali, dell'associazione italiana arbitri, dell'associazione alcolisti anonimi. Indicatori di risultato nel presente lavoro sono stati: la frequenza dei *peer educator* alle attività descritte, la produzione di materiale divulgativo elaborato dal gruppo di *peer educator*, il grado di interesse suscitato misurabile dalla richiesta di trattare ulteriori e specifici argomenti del mondo giovanile, la partecipazione all'evento finale. Durante l'attività del progetto "Nautilus Scuole" è stato somministrato un questionario conoscitivo sulle dipendenze patologiche ai *peer educator*.

Risultati

Negli anni scolastici di riferimento, le scuole medie superiori coinvolte nel progetto sono state in totale cinque. La partecipazione dei *peer educator* alle attività progettuali è stata pari al 96%. L'elevata partecipazione è da ascrivere, presumibilmente, all'interesse per il tipo di attività proposte; i casi di assenze, infatti, erano dovuti a motivi di salute o studio. Come mostrato nella figura 1, nell'anno scolastico 2007-2008, sono stati selezionati 362 *peer educator* (M 171, F 191), nell'anno scolastico 2008-2009 i *peer educator* individuati sono stati 333 (M 167, F 166), infine nell'anno scolastico 2009-2010 sono stati selezionati 303 *peer educator* (M 150, F 153). Negli anni di riferimento i prodotti realizzati aventi come tema le dipendenze patologiche sono stati in totale 60; di questi 5 cartelloni informativi sulle dipendenze, 14 lavori realizzati su power-point, 33 video-spot, 8 cortometraggi. I suddetti lavori sono stati successivamente pubblicati sul sito web dell'UOC Ser.T di Pomigliano d'Arco denominato www.progettonautilus.org. Dal questionario conoscitivo è emerso che i giovani hanno una visione chiara del mondo delle dipendenze patologiche e dei rischi ad esse connessi. L'82% dei *peer educator* riconosce che vi è una notevole diffusione del consumo di alcool tra i propri coetanei (fig.2) e il 66,9% afferma che questo avviene prevalentemente nelle discoteche (fig. 3).

Conclusioni

Il progetto "Nautilus Scuole", attualmente proposto annualmente, rappresenta un valido strumento di formazione per la prevenzione e per la diffusione delle

informazioni riguardanti le dipendenze patologiche nell'universo giovanile. La *peer education* ha dimostrato di essere un efficace mezzo per favorire la riduzione dei comportamenti a rischio tra le giovani generazioni, in quanto il metodo dell'educazione tra pari risulta più utile rispetto alle norme "calate" dall'alto.

Figura 1 - Distribuzione per sesso dei *peer educator* individuati

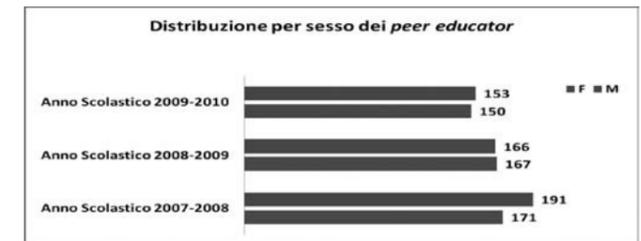


Figura 2 - Diffusione del "fenomeno" alcool tra i coetanei

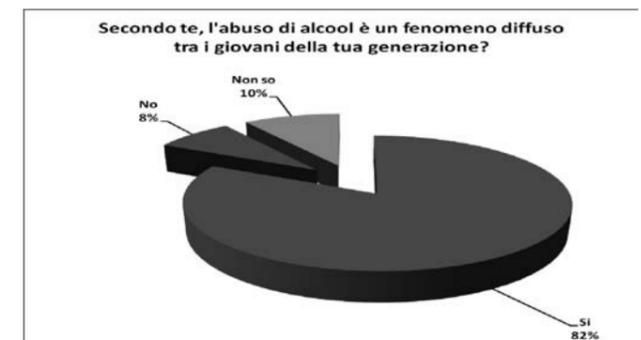


Figura 3 - Luoghi interessati al consumo di alcool



34

PREVENZIONE DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE: ATTIVITÀ DELL'UNITÀ MOBILE DI CONTATTO DELL'ASL NA3 SUD

Esposito G., Gallo M., Galdi M., Cassese F.
UOC Ser.T Pomigliano d'Arco - DS 51 ASL Napoli 3 SUD

Introduzione

La prevenzione nel campo delle dipendenze patologiche rappresenta uno dei pilastri dell'intervento pubblico insieme al trattamento farmacologico, alla riduzione del danno e al reinserimento sociale. Allo scopo di attuare una capillare attività di prevenzione, l'ASL NA 3 SUD ha attivato l'Unità Mobile (U.M.) di contatto/Camper per la prevenzione delle dipendenze patologiche. Quest'ultima è una struttura flessibile, polivalente, multidisciplinare la cui attività è rivolta a soggetti consumatori di sostanze o esposti a rischio. Scopo del presente lavoro è quello di valutare l'attività dell'U.M. di contatto/Camper attraverso le i contatti, il numero e il tipo di interventi attuati.

Metodi

Sono state analizzate le uscite dell'U.M. di contatto/Camper dell'Asl Na3 Sud nel periodo luglio 2008 - agosto 2010 allo scopo di valutarne le attività attraverso i contatti, le consulenze e il numero e tipo di interventi richiesti. Le attività svolte comprendono: 1) prevenzione primaria dei comportamenti a rischio nella popolazione giovanile; 2) prevenzione secondaria nell'ambito dei comportamenti problematici per l'abuso di sostanze all'interno di gruppi giovanili; 3) diffusioni di informazioni riguardanti le sostanze e i rischi connessi all'uso/abuso; 4) monitoraggio delle attività per le dipendenze patologiche presenti sul territorio dell'Azienda; 5) prevenzione terziaria, intesa come riduzione del danno da uso di sostanze stupefacenti e contenimento della diffusione di malattie a trasmissione ematica e sessuale; 6) informazioni, orientamento e counseling. Tali attività sono svolte da un'equipe multidisciplinare, costituita sia da figure professionali operanti nelle UU.OO. per le dipendenze dell'Azienda (medici, psicologi, sociologi, infermieri, assistenti sociali, educatori professionali) sia da operatori degli altri soggetti coinvolti nella rete territoriale (privato sociale, associazioni, ambiti territoriali, etc.). I luoghi di attività sono rappresentati prevalentemente dai contesti di aggregazione strategici e potenzialmente esposti al consumo-abuso di sostanze (scuole, piazze, stazioni, parrocchie, parchi pubblici, pub, wine-bar, discoteche, rave party) con elevata presenza di soggetti a rischio di dipendenze patologiche e/o consumatori saltuari. Durante le uscite dell'U.M. di contatto/Camper è stata effettuata una indagine conoscitiva, mediante la somministrazione di un questionario ai giovani di età compresa tra 15-25 anni,

allo scopo di sondare il grado di conoscenza sui temi delle dipendenze patologiche: tossicodipendenza, alcool-dipendenza, tabagismo, doping, net-dipendenza, disturbi del comportamento alimentare. La scelta metodologica di selezionare il campione di ricerca all'interno di spazi aperti di aggregazione muove proprio dall'esigenza di avvicinarsi ai contesti della normalità e del gruppo, dove si ipotizza possano risiedere le culture, gli atteggiamenti e le manifestazioni più vive, e spontanee.

Risultati

Nel periodo considerato sono state effettuate in totale 177 uscite, per 861 ore complessive di attività, con 8000 contatti, inoltre, sono stati somministrati 1500 questionari (Tabella 1). L'analisi preliminare di 500 questionari ha mostrato una maggioranza di contatti di giovani di sesso maschile (53%). Il campione analizzato afferma di impiegare il tempo libero prevalentemente con gli amici, mentre il 16% afferma di utilizzare internet nel tempo libero. L'85,1% del campione ritiene che la "droga" sia una sostanza che provoca danni sia fisici che psichici (Figura 1); il 47,4% riconosce che la dipendenza è una malattia (Figura 2). Il 72,6% non ha mai assunto droghe, il 13,7% ha assunto hashish e/o marijuana, il 13,1% superalcolici (Figura 3). La concezione del soggetto tossicodipendente, delineatasi dai questionari finora analizzati, è quella di un soggetto debole che fa uso di droga per carenze affettive e sociali. Un elemento importante evidenziato dalla ricerca è il riconoscimento della dipendenza da nicotina. Il fenomeno della dilagante diffusione di abuso di alcool nelle giovani generazioni è riconosciuto nell'85% dei casi e il 68% individua nelle discoteche i luoghi di maggiore diffusione. La maggioranza dei giovani considera il doping come mezzo per aumentare le prestazioni fisiche. Per quanto riguarda il comportamento alimentare: il 40,6% mangia solo ai pasti principali; il 72% considera l'obesità una malattia; il 91,4% riconosce che i soggetti affetti da anoressia e/o bulimia percepiscono in modo alterato il peso e la forma del proprio corpo. Il 55,4% ritiene che sia necessario rivolgersi ad un esperto nel caso di problemi di dipendenza.

Conclusioni

L'attività svolta attesta l'importanza dell'U.M. di contatto/Camper nel favorire l'aggancio non solo di coloro che vivono situazioni di particolare marginalità ed esclusione ma anche dei consumatori ricreativi problematici, dei giovani a rischio e dell'intero universo giovanile e non. Infatti, il numero elevato di contatti e l'interesse mostrato per l'attività dell'equipe dell'U.M. di contatto/Camper mettono in evidenza il ruolo sostanziale dell'attività di prevenzione nel far emergere realtà che spesso restano sommerse, nello stabilire contatti, nel fare prevenzione ed assistenza e nel divulgare la conoscenza di tale fenomeno sociale e dei nuovi stili di consumo.

Tabella 1 - Attività dell'U.M. di contatto/Camper negli anni 2008-2010

	ANNO 2008	ANNO 2009	ANNO 2010 (Gen-Ago 2010)	TOTALE
Uscite	34	75	68	177
Ore di attività	175	357	329	861
Contatti	2000	7000	9000	18000

Figura 1 - Significato di 'droga' tra i contatti

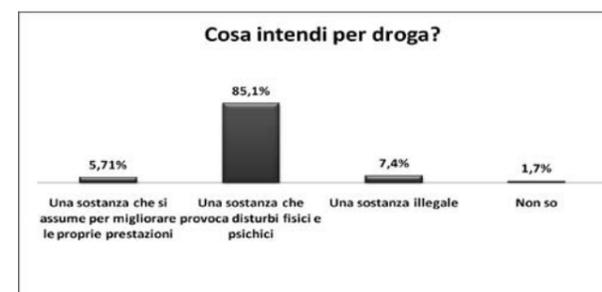


Figura 2 - Percezione della dipendenza patologica tra i contatti

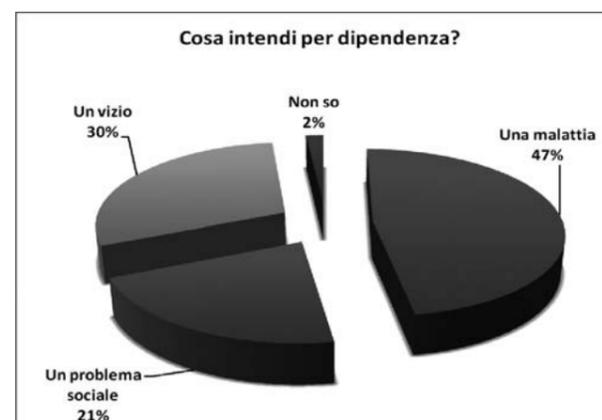
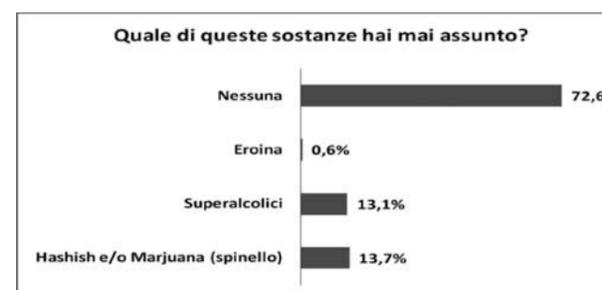


Figura 3 - Consumo di sostanze tra i contatti



35

DALL'OBBLIGO TERAPEUTICO ALLA RELAZIONE D'AUTOAIUTO: L'ESPERIENZA DEL SER.T DI TRENTO CON I SEGNALATI EX ART. 75

Barbara F., Moratelli L., Lunz M.L., Raito S., Sperandio P., Gadotti N., Marcolini D., Casagrande M.
Ser.T di Trento - A.P.S.S. - P.A.T.

PREMESSA

Dalla fine degli anni '90, in Provincia di Trento, è attiva una collaborazione tra Ser.T e Commissariato del Governo (Prefettura) per l'espletamento delle procedure previste dal D.P.R. 309/90 e successive modifiche, in riferimento all'art. 75.

Il "Gruppo Nucleo Operativo Tossicodipendenze" ("Gruppo N.O.T.") opera presso gli uffici del Servizio Tossicodipendenze dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento e lavora in sinergia con l'Ufficio N.O.T. del Commissariato del Governo di Trento.

E' coordinato da uno psicologo e costituito da assistenti sociali ed amministrativi.

E' nato in seguito all'emanazione del D.P.R.309/90 con la convinzione che ci fosse la necessità di un intervento coordinato ed armonico delle diverse forze chiamate ad operare nel campo.

Da questa proficua collaborazione è nata poi l'esigenza di sottoscrivere un protocollo d'intesa per meglio definire i rispettivi ambiti d'intervento.

Infatti, per quanto riguarda la realtà locale, a Trento, nel 1997, a seguito di numerosi incontri tra detto Ufficio dislocato presso il Commissariato del Governo per la Provincia di Trento e il locale Ser.T., è stato elaborato un protocollo d'intesa con l'obiettivo di concordare le modalità operative attraverso le quali realizzare gli adempimenti che la normativa prevedeva.

Nel corso degli anni tale strumento è stato più volte rivisto e aggiornato sia in base alle modifiche legislative che alle varie esigenze, fino all'attuale Protocollo. Il gruppo di lavoro "N.O.T." si è sempre organizzato in conseguenza alle disposizioni di Legge e l'operatività è stata indirizzata affinché la Legge ed il principio di autodeterminazione del soggetto venissero entrambi interamente rispettati.

Con l'art. 75 del D.P.R. 309/90 e succ. mod. il legislatore intendeva disciplinare la detenzione di sostanze stupefacenti per uso personale cercando di conciliare una duplice necessità: da una parte l'esigenza di controllo di un comportamento illecito e socialmente non accettato, dall'altro l'esigenza di aiuto e di prevenzione nei confronti del consumatore.

In tale contesto normativo, l'operatore del Servizio Tossicodipendenze che incontra le persone segnalate ai sensi dell'art.75 viene quindi potenzialmente rivestito di un duplice ruolo: quello del controllo e quello

dell'aiuto. Parliamo di "potenzialità" in quanto le domande che gli utenti rivolgono ai servizi sociali possono essere talvolta dettate da ragioni costrittive perlopiù esterne al soggetto stesso (per ottenere "in cambio" la revoca delle sanzioni). Queste persone, spesso, all'inizio del procedimento mostrano palesi difficoltà o scarso interesse verso un'autonoma assunzione della domanda d'aiuto. Da questo deriva la considerazione che spesso, nei casi in cui è assente una reale domanda di aiuto, si deve accettare di svolgere esclusivamente il ruolo del burocrate, adibito al controllo e al rispetto della normativa. Come è possibile esercitare il proprio ruolo di terapeuta e quindi svolgere la funzione di aiuto in un contesto dove è carente o assente una soggettiva rappresentazione di problematicità, ma dove non si esclude comunque la presenza di situazioni in cui l'uso di sostanze stupefacenti sottende una sofferenza personale? E' possibile e come costruire assieme a questo tipo d'interlocutore uno spazio relazionale che possa favorire dei movimenti evolutivi? Questa è la domanda che ci accompagna, insieme alla continua riflessione rispetto alle attività.

MATERIALI E METODI

PUNTI SALIENTI DEL PROTOCOLLO "GRUPPO N.O.T."

- 1-Cornice normativa di riferimento
- 2-Criteri di priorità per la convocazione al colloquio

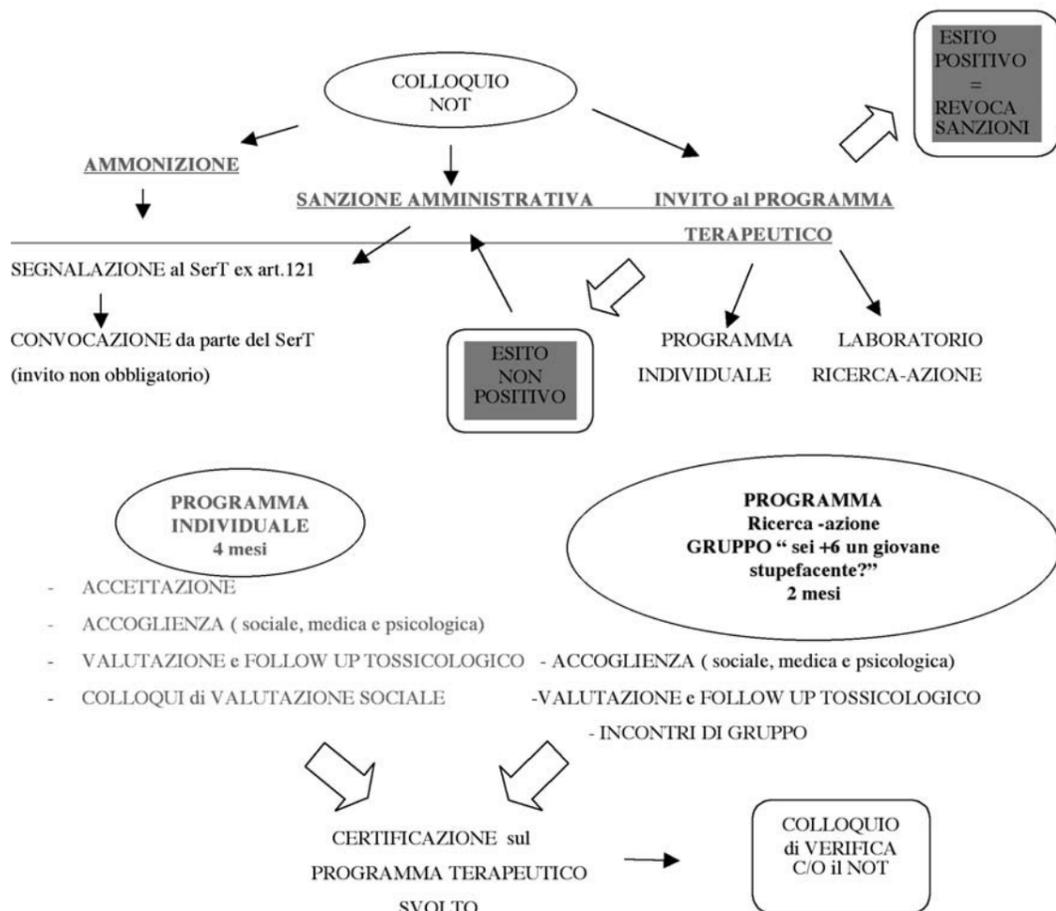
- N.O.T. presso il Commissariato del Governo
- 3-Svolgimento del colloquio e comunicazioni successive al Ser.T.
- 4-Nucleo Operativo Ser.T.
- 5-Contenuti e durata del programma terapeutico
- 6-Gruppo di lavoro N.O.T.: incontri e confronti

RISULTATI

- Fattiva collaborazione tra Ser.T. e Commissariato del Governo.
- Attenzione alla cura in contesti di "controllo".
- Monitoraggio in tempo "reale" sul fenomeno del consumo di sostanze stupefacenti.
- Protocollo scritto per la rivisitazione e rivalutazione del lavoro con l'ausilio di linee guida codificate e valide per tutti gli operatori delle tre sedi Ser.T. in Trentino.
- Riflessioni congiunte e sperimentazione di nuovi modelli di trattamento.

DISCUSSIONE

La buona prassi sulla consolidata collaborazione tra Ser.T. e Commissariato del Governo permette un confronto costante nell'ottica dell'aiuto e della prevenzione secondaria nel rispetto del contesto normativo. Consente inoltre un costante monitoraggio del Territorio sull'uso - uso problematico - dipendenza da sostanze stupefacenti da parte della popolazione che non necessariamente afferirebbe al Ser.T.



36

ESPERIENZA DI TRATTAMENTO INTEGRATO CON AGOPUNTURA METODO ACUDETTOX NELL'U.O.SER.T DS 31 ASL NA 1 CENTRO

Focaccio F.**, Longobardo A.**, Plenzik M.*****, Capraio C.**, Curcio F.****, D'Ascoli G.*****, Giani E.***, Lo sasso C.***, Masucci S.*****, Parente M.***, Petti M.****, Veneruso C.*****, Villano G.*****, De Rosa G.*
 * Responsabile Medico Ser.T DS 31 ASL NA 1 Centro
 ** Dirigente psicologo Ser.T DS 31 ASLNA1 Centro
 *** Dirigente Medico Ser.T DS 31 ASLNA1 Centro
 **** Medico specialista ambulatoriale Ser.T DS 31 ASL NA 1 Centro
 ***** Dirigente sociologo Ser.T DS 31 ASLNA1 Centro
 ***** Assistente Sociale Ser.T DS 31 ASLNA1 Centro
 ***** Infermiere professionale Ser.T DS 31 ASL NA 1 Centro

Introduzione

Nel marzo 2008 è nata l'esigenza di offrire un nuovo approccio terapeutico agli utenti del nostro servizio; ciò è scaturito sia dalla richiesta di alcuni di loro di avere un supporto alternativo al farmaco nel disassuefazione dalle sostanze, sia dal crescente numero di invii agli psicologi di soggetti cocainomani. L'agopuntura è una forma di antica cura che aiuta a riequilibrare le energie del corpo e riporta alla normalità il funzionamento degli organi interni. La disintossicazione mediante agopuntura può essere rivolta a tutti i pazienti che richiedono un trattamento per tossicodipendenza. Il metodo Acudetox, è una terapia non farmacologica efficace nel trattamento dei sintomi della sindrome di astinenza da droghe e da alcool, in fase acuta, post acuta e nelle ricadute. La tecnica si è sviluppata in America intorno agli anni '70, ed è stata applicata con successo nel trattamento di recupero alternativo al carcere per reati connessi alla droga e nel trattamento delle dipendenze da oppiacei. La World Health Organization, nel 1995 ha pubblicato le linee guida per lo studio e la ricerca dell'efficacia dell'agopuntura auricolare nel trattamento della dipendenza da sostanze; l'anno successivo nell'elenco delle patologie trattabili con l'agopuntura sono state inserite anche le dipendenze da sostanze. Nell'ottica dei trattamenti globali rivolti ai pazienti, questa tecnica, poiché si occupa del corpo e della sua salute, bene si integra con il trattamento farmacologico e i programmi di sostegno individuale e di gruppo.

Metodo

ACUDETTOX è un protocollo di agopuntura auricolare su 5 punti per il trattamento delle dipendenze che prevede sedute collettive quotidiane della durata di 45 minuti circa; tali sedute aiutano a tollerare la sintomatologia da astinenza e migliorano il tono dell'umore della persona. Il trattamento comprende tre fasi che

durano idealmente (a seconda della cronicità e della risposta del paziente) fino a 5 settimane. FASE 1: trattamento quotidiano per 2 settimane. Questa fase tratta i sintomi acuti di astinenza e dà al paziente una sensazione di benessere e di autocontrollo.



FASE 2: trattamento 3 volte a settimana per 2 settimane. Questa fase tratta i sintomi di natura psico-fisica, ansietà, insonnia e desiderio di sostanze d'abuso. Il paziente è libero di avere il trattamento senza indugio ogni volta che lo desidera.

FASE 3: trattamento 2 volte a settimana per 1 settimana. Questa fase fa continuare la sensazione di benessere e controllo mentre tratta i sintomi astinenziali che periodicamente affiorano, in modo da evitare le ricadute. Tale fase può continuare finché il paziente lo desidera.

La nostra esperienza d'equipe ha visto come primo passaggio la formazione degli operatori del servizio: un medico, due psicologi ed un infermiere; si è chiesto agli altri operatori di collaborare per l'invio di pazienti interessati a questo trattamento. La pubblicità di volantini all'interno del servizio e il passaparola tra gli utenti hanno rappresentato la modalità di informazione principale. I soggetti che hanno chiesto di aderire al programma sono stati sottoposti a colloqui e ai test di valutazione motivazionale.

In marzo 2008 abbiamo dato via ai trattamenti, organizzando i tempi e gli spazi dedicati a questa attività, stabilendo una fascia oraria di circa un'ora e mezzo, in cui si raccoglievano interviste quotidiane sull'andamento personale della terapia, poi si praticava l'agopuntura con sottofondo di brani musicali che favorivano il rilassamento; alla fine della seduta di agopuntura, un giorno settimanale era dedicato al Gruppo di sostegno psicologico (tenuto da 2 psicologi con l'ausilio di un assistente sociale) ed un altro ai colloqui psicologici individuali. La terapia auricolare è individualizzata, quindi la frequenza del trattamento era variabile dalle 3 alle 5 volte/settimana; i pazienti eseguivano esami tossicologici bisettimanali per la ricerca dei cataboliti urinari delle sostanze stupefacenti. Il gruppo che via via si formava non era omogeneo o fisso, ma permetteva a persone nuove di entrare in terapia in qualsiasi momento e stadio. Alla fine di ogni fine seduta i dati venivano computerizzati. Tale metodo ci ha permesso di monitorare i risultati quotidianamente e ci ha consentito, inoltre, una prima valutazione dei risultati su 58 pazienti trattati in un anno e mezzo di programma.

Criteri di inclusione. Sono stati trattati soggetti appartenenti a differenti categorie di dipendenza: eroinomani in trattamento metadonico, cocainomani, alcolisti, poliabusatori, tabagisti puri, un giocatore compulsivo ed un portatore di Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA).

Su un totale di 58 soggetti, il 43% (25 assistiti), hanno completato tutte le fasi del trattamento; di questo gruppo 20 (34%) soggetti hanno avuto un esito positivo con esami tossicologici negativi per i metaboliti

delle sostanze di cui erano abusatori.

Risultati

Al termine del trattamento con agopuntura, quegli utenti che hanno completato il programma (vedi fig. 1) ed hanno continuato a frequentare i gruppi di sostegno psicologico, hanno mantenuto lo stato ille-

Fig. 1

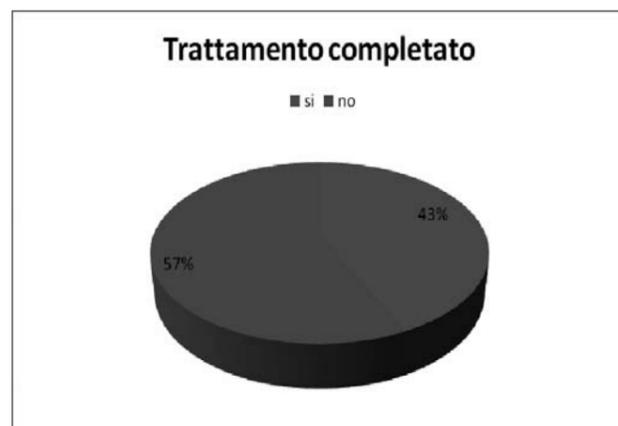
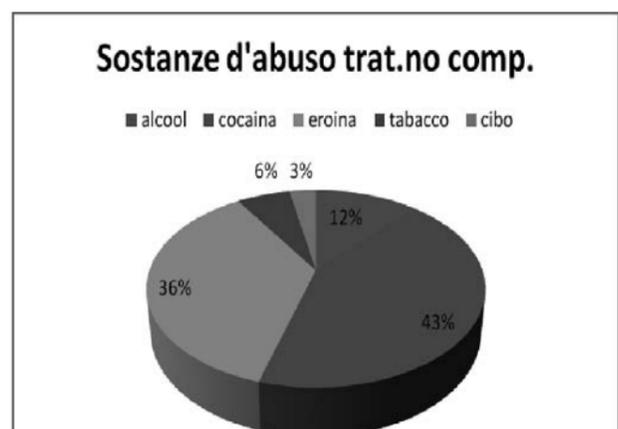


Fig. 3



Questo ci porta a riflettere sulla possibilità di diversificare e personalizzare gli interventi per poter incrementare l'offerta di programmi integrati a favore dell'utenza. In particolare la comparsa di effetti psicofisici che si verificano entro breve tempo dopo il posizionamento degli aghi ha causato una condizione di benessere in correlazione con la riduzione dell'ansia; questo comporta una riduzione della richiesta di psicofarmaci, una maggiore richiesta di supporto psicologico ed una riduzione dell'abuso di sostanze. Il trattamento appare particolarmente indicato per i soggetti cocainomani (la maggioranza degli utenti trattati) nei quali allevia il craving, lo stato d'ansia e di agitazione e facilita una maggiore adesione ai programmi di disassuefazione dall'uso di sostanze. Infine ACUDETTOX utilizzando un approccio multidisciplinare favorisce il rapporto sinergico tra gli operatori del Ser.T. e tra assistiti e gli stessi operatori.

gal drug free per 12 settimane. Il tipo di sostanza d'abuso non ha influito sulla ritenzione in trattamento (vedi fig. 2 e fig.3).

I 32/33 (97%) pazienti che hanno abbandonato il trattamento si trovavano in fase 1 (vedi fig.4).

Conclusioni

Fig. 2

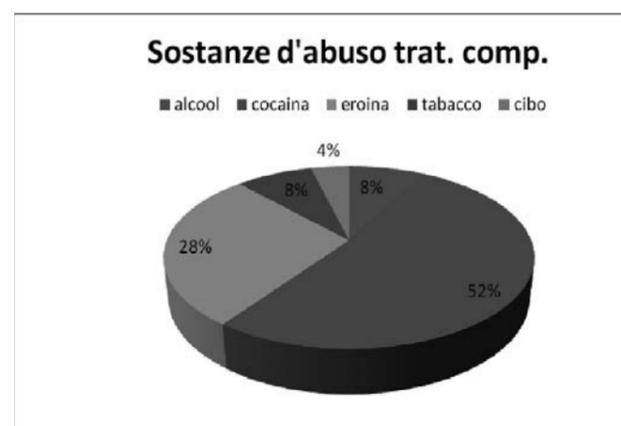
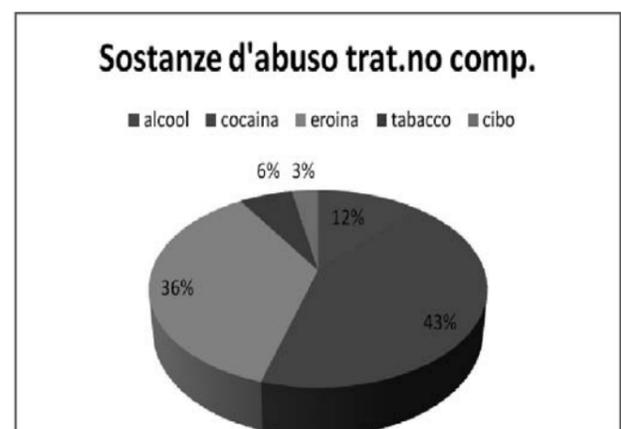


Fig. 4



Bibliografia

- * Romoli M. "Agopuntura Auricolare" ed. UTET, TO 2003
- * Wen H.L. Acupuncture can help addicts. Drug and Society 1973;
- * Guidelines for clinical research on acupuncture (ISBN 929061 1146), WHO regional publications, Western Pacific Series n° 15, WHO Regional Office for the Western Pacific Manila, 1995.

37

EVOLUZIONE DEGLI STILI DI CONSUMO E DEI COMPORAMENTI ADDITIVI NEL TERRITORIO DI COMPETENZA DELL'UOC SER.T DI POMIGLIANO D'ARCO (NA)

Gallo M., Esposito G., Maritato A, Cassese F.
UOC SerT Pomigliano d'Arco - DS 51 ASL Napoli 3 SUD

Introduzione

L'ambito territoriale del Servizio per le Tossicodipendenze (Ser.T) di Pomigliano d'Arco (NA) comprende 4 comuni: Pomigliano d'Arco, Mariglianella, Brusciano, Castello di Stabia, con una popolazione residente di circa 85.000 abitanti. L'UOC Ser.T è strutturata in un'unica sede operativa che, a partire dalla sua attivazione ad oggi, fornisce assistenza a circa 900 utenti con diverse problematiche: eroina, cocaina, alcohol, tabagismo, disturbi del comportamento alimentare, gioco d'azzardo patologico, etc. L'attività clinica principale dell'UOC Ser.T riguarda la diagnosi ed il trattamento delle dipendenze patologiche con interventi sia di tipo farmacologico che psico-socio-educativi. Un'importante attività, inoltre, viene svolta nel campo della prevenzione delle dipendenze patologiche nei luoghi di aggregazione sia istituzionali (scuola, fabbriche, parrocchie) che ricreativi (bar, discoteche). Le evidenze scientifiche nazionali ed internazionali riportano una modifica degli stili di consumo nella popolazione afferente ai Ser.T. Allo scopo di verificare le eventuali modifiche degli stili di consumo anche nell'utenza iscritta presso il Ser.T di Pomigliano d'Arco (NA), abbiamo confrontato i dati dei nuovi iscritti nel periodo 2008-2010 vs 2002-2007. In particolare abbiamo focalizzato l'attenzione su: sesso, numero e tipo di dipendenza patologica, stili di consumo.

Metodi

Sono state analizzate le cartelle cliniche dei nuovi utenti iscritti al nel periodo 2008-2010 vs 2002-2007 presso il Ser.T di Pomigliano d'Arco (NA).

Risultati

Nel periodo gennaio 2008 - agosto 2010, i nuovi iscritti sono stati in totale 497. Il 77,5% degli utenti era di sesso maschile (fig. 1). Nella maggior parte dei casi (77%) la richiesta era relativa ad un solo tipo di dipendenza patologica, nel 20,1% la richiesta ha riguardato due dipendenze patologiche. Negli anni 2008 e 2009, la fascia di età maggiormente rappresentata era quella compresa tra 28-37 anni, nell'anno 2010 era quella 38-47 anni. Per quanto riguarda gli utenti con una sola dipendenza patologica, nel 30% dei casi era rappresentata da eroina, nel 26,8% da nicotina, nel 12,6% da cocaina, infine, nell'11,8% da alcohol. Il 5% delle richieste era relativo ai disturbi del comportamento alimentare (DCA), il 2,6% al gioco

d'azzardo patologico (GAP) (fig. 2). L'associazione più frequente tra le sostanze è quella eroina/cocaina (65%) seguita da eroina/cannabis (12%). Negli anni 2002-2007, i nuovi iscritti sono stati 963 con una prevalenza di sesso maschile ma con un significativo aumento degli iscritti di sesso femminile (fig. 1). Le dipendenze più frequenti erano eroina (25%), nicotina (11,3%), alcohol (7,6%), cocaina (5%) (fig. 2). Le associazioni più frequenti erano eroina/nicotina (13,5%) ed eroina/cocaina (11,2%). Le richieste riguardanti i disturbi del comportamento alimentare sono state il 2,8% mentre quelle relative al gioco d'azzardo patologico lo 0,2% (fig. 2). Il confronto tra la distribuzione percentuale delle dipendenze patologiche per sesso negli anni 2002-2007 vs 2008-2010 ha messo in evidenza un aumento delle richieste di assistenza per dipendenza patologica da alcohol, GAP e DCA; invece, nel sesso femminile si evidenzia una maggiore richiesta per la dipendenza da nicotina e da sostanze stupefacenti (fig. 3).

Figura 1 - Distribuzione percentuale per sesso

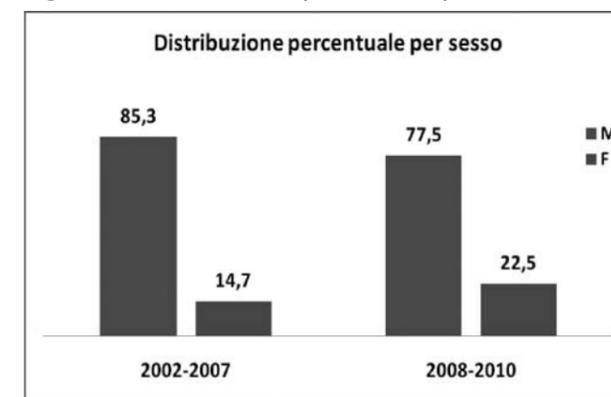


Figura 2 - Distribuzione percentuale delle dipendenze patologiche

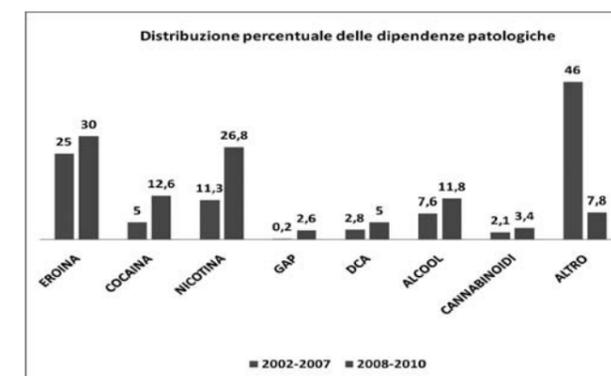
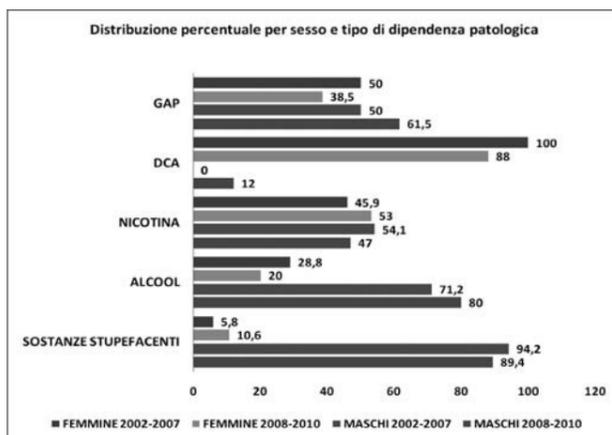


Figura 3 – Distribuzione percentuale per sesso e tipo di dipendenza patologica



Conclusioni

Sulla base dei risultati del presente lavoro, la dipendenza da eroina si attesta ancora al primo posto tra le sostanze primarie di abuso e per cui viene richiesta assistenza. In accordo con quanto riportato nella relazione annuale del Dipartimento Antidroga (Anno 2009), vi è un aumento della richiesta di trattamento per dipendenza da cocaina (12,6% vs 5%). Inoltre, un maggior numero di utenti ha fatto richiesta di assistenza disturbi del comportamento alimentare (5% vs 2,8%), di dipendenza dal gioco d'azzardo (2,6% vs 0,2%). Altro elemento rilevante è il numero consistente di utenti che nel corso degli ultimi anni ha fatto richiesta di un intervento relativo alla dipendenza da nicotina. Persiste, inoltre, la tendenza al poli-consumo, anche se da un confronto relativo anni 2008-2010 vs 2002-2007 tale tendenza sembra in riduzione (23,6% vs 45,7%). Tale dato, in fase di valutazione, potrebbe da un lato indicare una modifica degli stili di consumo nella popolazione di riferimento dall'altro potrebbe derivare dalla raccolta dati sempre più attenta e sofisticata attuata negli ultimi anni (Sistema Informativo delle Dipendenze - SID, raccolta informatizzata dei tossicologici urinari con sistema in rete aziendale).

38

ANALISI DEI SOGGETTI MINORENNI CHE HANNO AVUTO ACCESSO AL DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE DI VERONA NELL'ANNO 2009

Zermiani M.*, Gomma M.*, Faccio M.**,
Madera P.***, Serpelloni G.****

* Ser.D1, Dipartimento delle Dipendenze ULSS 20 Verona

** Ser.D2, Dipartimento delle Dipendenze ULSS 20 Verona

*** Ser.D3, Dipartimento delle Dipendenze ULSS 20 Verona

**** Dipartimento Politiche Antidroga Presidenza Consiglio dei Ministri

Background

Anche se l'età media degli utenti in carico presso i servizi non ha subito grossi cali, negli ultimi due anni si è osservato un aumento degli accessi di soggetti minorenni. Ciò pone una serie di problemi sia per la presa in carico, sia per la gestione, sia per gli invii in Comunità Terapeutica. È importante conoscere a fondo questa tipologia di utenti soggetti al fine di mettere a punto interventi specifici e mirati nonché fornire interventi tempestivi. Il presente lavoro ha, come obiettivo principale, quello di esaminare i soggetti minorenni che hanno avuto accesso ai servizi delle dipendenze.

Metodologia

Sono stati analizzati i soggetti in carico nell'anno 2009 nei tre Servizi per le Dipendenze della ULSS 20 di Verona. Le variabili osservate sono: sesso, età, nuovo/già in carico, occupazione, fonte di invio, tipo di sostanza usata e, tipo di trattamento.

Risultati

I soggetti minorenni in carico sono 54. Essi rappresentano il 2% del totale degli utenti in carico. Tra i complessivi nuovi soggetti quelli in minore età sono il 5,1%. Nel 2001 i soggetti minorenni erano 25 (0,9%), nel 2005 27 (1,1%).

I quindicenni sono 14 (25,9%), i sedicenni 10 (18,5%) e i diciassetenni il 55,6% (30). Sono maschi nel 52% (28 soggetti). Complessivamente il 44,4% (24 soggetti) erano già in carico dall'anno precedente mentre 30 sono nuovi utenti.

La fonte di invio principale è rappresentata dalla famiglia (42,6%), l'accesso spontaneo si registra per 16 utenti (29,6%), 10 (18,5%) indotti da segnalazioni per art. 75 e/o direttamente dalla magistratura e altri 5 (9,3%) si sono presentati su invio da parte di altri servizi. Nessun invio dai medici di base.

La tendenza rispetto alle sostanze è quella del polia-buso, la sostanza d'abuso per cui viene richiesto aiuto è la cannabis nel 46,2%, l'eroina inalata nel 40%, l'e-

roina per via endovenosa 3,1%, cocaina 3,1%, le anfetamine 3,8% e altre sostanze 3,8%. Tra le sostanze d'abuso si osserva anche l'alcol in circa il 40% dei casi, dato probabilmente sottostimato in quanto spesso sotto notificato e non in tutti i servizi sistematicamente raccolto.

L'intervento effettuato è stato nella maggior parte dei casi di tipo psicosociale 61,1%, di tipo farmacologico nel 3,7% e sia psico sociale che farmacologico nel 35,2% dei casi.

L'invio in Comunità Terapeutica è stato fatto per 8 soggetti (14,8%).

Discussione

La presente indagine ci solleva alcune questioni, come l'appartenenza al genere femminile in quasi la metà dei casi, dato in controtendenza rispetto al totale dei pazienti in carico, e la poli-assunzione. Altro aspetto riguarda l'invio delle famiglie che rappresentando quello più frequente pone la necessità di predisporre interventi specifici e mirati anche per i genitori. C'è l'aspettativa come professionisti della relazione d'aiuto che un intervento precoce e tempestivo possa interrompere in questi giovanissimi utenti l'uso della sostanza e bloccare una possibile evoluzione tossicomane. C'è anche la necessità di dover pensare a delle scelte gestionali (tipo la scelta d'orario di accesso al servizio, il setting più adatto), proprio per dare a questi utenti uno spazio il più protetto possibile; ci si chiede quali interventi garantiscano i migliori risultati.

Proprio tali considerazioni hanno indotto il Dipartimento delle Dipendenze di Verona ad attivare, un servizio specifico, denominato Centro Salute e Benessere della Famiglia, che intende dare una risposta sia al problema del consumo da parte dei giovani, sempre più precoce, di sostanze legali ed illegali e del bisogno dei genitori di poter intervenire in tempo rispetto alle situazione a rischio di evoluzione verso gravi dipendenze. Il servizio intende, quindi, fornire: 1) informazioni e consulenze sulle dipendenze; 2) attività di diagnosi precoce attraverso la somministrazione di drug test sia in forma sporadica sia come monitoraggio; 3) supporto psicologico ed educativo alle figure genitoriali e/o educative in relazione al possibile uso di sostanze e al manifestarsi di comportamenti disfunzionali da parte dei figli; 4) prese in carico sia per interventi preventivi che mirati.

Ci si propone, quindi, di monitorare se un tale servizio raggiunge l'obiettivo di intercettare precocemente ed efficacemente le situazioni a rischio.



"Unità Operative ad elevata integrazione tra i Servizi Pubblici e del Privato Sociale per il trattamento e la riabilitazione dei cocainomani ed i consumatori di psicostimolanti"

Grande B.S.* - Audino M.G.** - Merenda L.** - Castagna V.*** - Nisticò E.**** - Battaglia R.***** - Scozzafava S.***** - Spadafora S.*****
 *direttore Ser.T. Catanzaro, **medico, ***psicologa, ****sociologo, *****infermiera prof., *****coadiutore amministrativo

I soggetti che hanno partecipato allo studio sono stati reclutati volontariamente - ma non rappresentano l'universo dei consumatori di cocaina del territorio - e che pur non considerandosi tossicodipendenti hanno deciso di rivolgersi all'Unità Sperimentale che per tali motivi è stata logisticamente collocata in luogo non stigmatizzato messo appositamente a disposizione dal Dipartimento Materno Infantile dell'ASP di Catanzaro per la realizzazione del Progetto.

PROTOCOLLO TERAPEUTICO

- accoglienza e compilazione della cartella clinica
- compilazione e consegna all'utente del Diario mensile counseling sanitario con il medico
- visita medica (prima visita)
- visite mediche successive
- valutazione clinica e prescrizione esami ematochimici e virologici prelievi urinari
- prescrizione ECG e visita cardiologica (da effettuare presso altra struttura)
- eventuale prescrizione per consulenza psichiatrica
- colloquio anamnestico e psicodiagnostico individuale
- colloquio anamnestico e psicodiagnostico di coppia o familiare
- somministrazione, scoring ed interpretazione di test psicologico per la valutazione globale del disagio psicologico e della psicopatologia
- colloquio di sintesi psicodiagnostica e restituzione del test
- counseling di gruppo
- valutazione multidisciplinare
- valutazione per inserimento breve in comunità terapeutica



LE CONCLUSIONI DELLA SPERIMENTAZIONE

Le caratteristiche cliniche della dipendenza da cocaina e la mancanza di efficaci strategie farmacologiche (assenza di farmaco di prima scelta) hanno fatto sì che il lavoro dell'equipe verso un intervento integrato che ha posto al centro dell'interesse il paziente considerandolo parte di un continuum ambientale e familiare.

L'aver accolto le persone in un ambiente caldo e confortevole ha facilitato l'adesione al percorso ed al piano terapeutico.

Al momento della presa in carico, è stata offerta - ai pazienti che ne hanno manifestato necessità - una terapia farmacologica mirata alla cura del sintomo utilizzando *promazina* anche a basse dosi, *diasepam*, *alprazolam* e *delorazepam* gocce e *fluoxetina* compresse, gocce.

È stato definito, quindi, un percorso integrato breve, centrato su motivazione al cambiamento, analisi funzionale, blocco emotivo e prevenzione alla ricaduta.

Le pazienti, coinvolte, fin da subito hanno manifestato maggiore facilità e fiducia ad entrare nel percorso proposto riportando spesso un immediato riscontro positivo nella quotidianità. L'accoglienza e l'adeguato setting terapeutico le hanno aiutato a riacquisire abilità emotive e relazionali bloccate dal comportamento d'abuso. Il cambiamento delle relazioni congelate per l'uso di sostanze si è precocemente sbloccato, la capacità di allontanarsi da comportamenti acquisiti e rinforzato dall'uso di sostanze con nuove opportunità ha favorito una sempre maggiore presa di coscienza della ricchezza emotiva e comportamentale ormai lontana nella loro vita. L'aver acquisito la capacità di rispondere agli eventi frustranti con comportamenti diversi e coinvolgimento emotivo più maturo le ha portate ad una sempre maggiore percezione positiva del Sé con esiti positivi nella maggior parte dei casi.

Pur sottoposti al medesimo protocollo per alcuni pazienti si è reso necessario, in una prima fase, far ricorso al supporto degli Enti Ausiliari accreditati - con programmi terapeutici brevi personalizzati - ciò al fine di allontanarli dall'ambiente sociale a rischio nel quale erano inseriti e prosecuzione della terapia presso l'Unità Sperimentale. Per tutti, l'esito delle dimissioni concordate si è rivelato complessivamente soddisfacente confermando la validità di una "chiaro di lettura clinica" innovativa attraverso l'utilizzo del modello dialettico-comportamentale.

Alla fine della fase progettuale, per garantire continuità terapeutica, gli utenti ove necessario hanno proseguito il trattamento nelle ore pomeridiane del lunedì e del mercoledì - presso la sede del Ser.T.

IL TARGET

Hanno fruito dell'offerta terapeutica diversificata 58 utenti di ambo i sessi con una prevalenza di maschi (69%) rispetto alle femmine (31%) di età compresa tra i 17 e i 43 anni.

Classe d'età	valore %
<15	-
15-19	12%
20-24	38%
25-29	28%
30-34	5%
35-39	12%
>39	5%

Il 90% dell'utenza in trattamento era libera da vincoli matrimoniali mentre il 10% è risultato coniugato. Il livello di istruzione, si è evidenziato medio alto con prevalenza di soggetti in possesso del titolo di Scuola media superiore.

Titolo di studio	valore %
Licenza media	42%
Diploma	47%
Altro	11%

La condizione professionale ha presentato una prevalenza di studenti e soggetti occupati con varie mansioni e professioni.

Cond. professionale	valore %
Occupati	63%
Disoccupati	37%

INDULTO: ALTRO GIRO, ALTRA CORSA (TOSSICODIPENDENTI DA EROINA E INDULTO NEL CARCERE DI TARANTO- RICERCA CONDOTTA TRA IL 01 GENNAIO 2005 E IL 30 GIUGNO 2009)

Lacatena A.P.*, Buccolieri C.**, Simeone V.***
 *Dirigente Sociologa presso Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL TA
 **Dirigente Medico presso Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL TA- Sezione Dipartimentale di Taranto
 ***Direttore Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL TA

mail: annapaola.lacatena@tin.it

Il presente Abstract anticipa il libro "Dal tossicodipendente de jure alla persona de facto" di Anna Paola Lacatena- Edizioni Laterza Bari in stampa

Alla luce dell'esperimento naturale dell'indulto (Legge n.241/2006), il Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL TA, in collaborazione con la Casa Circondariale di Taranto, ha condotto una ricerca sui tossicodipendenti da eroina con trattamento sostitutivo transitati nel carcere cittadino tra il 01 gennaio 2005 e il 30 giugno 2009.

Lo studio ha inteso, attraverso la metodologia quantitativa, fornire informazioni su di una coorte di 1087 soggetti (tossicodipendenti da eroina con farmaco sostitutivo) distribuita su 1531 passaggi.

I passaggi complessivi (tossicodipendenti e non) nella struttura detentiva in questione, contati tra il 01 gennaio 2005 ed il 30 giugno 2009, sono stati 11.523.

Alla luce di nuovi indirizzi suggeriti dalla ricerca criminologica in merito agli effetti riabilitativi dell'esperienza detentiva e dei dati relativi al sovraffollamento carcerario dei paesi membri, il Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa ha adottato una raccomandazione reperibile consultando il sito internet www.coe.int del Consiglio d'Europa:

"Il ricorso alla privazione delle libertà dovrebbe essere considerato come estrema ratio (...).

L'estensione degli stabilimenti detentivi dovrebbe essere una misura eccezionale, in quanto difficilmente essa offre una soluzione a lungo termine al problema dell'affollamento carcerario(...). Per contrastare alcune delle conseguenze negative del sovraffollamento carcerario, è necessario facilitare il più possibile i contatti dei detenuti con le loro famiglie (...).

Il Consiglio d'Europa, inoltre, ha promosso dei suggerimenti individuando specifiche misure alternative alla detenzione in carcere:

"Si consiglia di fare l'uso più ampio possibile di alternative alla custodia cautelare, come l'obbligo di residenza presso un luogo specifico in attesa di giudizio, il divieto di lasciare od entrare in determinati luoghi senza autorizzazione, la previsione di meccanismi di cauzione o supervisione (...).

E' necessario fare uno sforzo per evitare il ricorso alle sanzioni detentive di lunga durata, che addossano al sistema detentivo un notevole peso, e sostituirlo con sanzioni comunitarie (...).

Conseguenza immediata dell'indulto è stata che circa il 37% dei detenuti ospiti delle strutture penitenziarie italiane è stato scarcerato nei primi 60 giorni, permettendo un passaggio dai 60710 ospiti al 31 luglio 2006 ai 38847 del 1° agosto 2006.

Importante è sottolineare che il numero dei beneficiari della grazia collettiva sta diminuendo con il passare del tempo così come la maggior parte degli individui rilasciati sono detenuti con una condanna definitiva (17298 al 25 ottobre 2006).

Già nell'immediatezza dell'emanazione della Legge 241 del 2006, pur sostenuta dalla maggioranza del Parlamento italiano, si è assistito ad una sorta di deresponsabilizzazione-rinnegazione che ha coinvolto la gran parte del mondo politico e dei mass-media nazionali.

A tal proposito va ricordato che l'indulto è stato votato dalla Camera dei Deputati con 460 "sì", 94 "no" e 18 astenuti e dal Senato con 245 "sì", 56 "no" e 6 astenuti. I partiti contrari sono stati Alleanza Nazionale, Italia dei Valori, Lega Nord e Comunisti Italiani.

A fronte di un insieme totale di passaggi pari a 11523, nel periodo preso in esame dalla ricerca, 1531 sono da ascrivere alla popolazione tossicodipendente da eroina per un totale di 1087 persone di cui 1050 (96,60%) uomini e 37 (3,40%) donne.

Considerata una media di presenze nel carcere di Taranto di circa 650 persone, i tossicodipendenti (da sostanze legali e illegali) dichiaratisi tali al momento dell'ingresso oscillano tra i 270 e i 310 facendo registrare una percentuale vicina al 44,5%, sicuramente superiore a quella riferibile al dato nazionale (25-30% circa). I tossicodipendenti da eroina in carcere con farmaco sostitutivo si attestano intorno al 13% con una percentuale in crescita per l'anno 2008 (17,2%) e per i sei mesi del 2009 (24,4%).

E' opportuno ricordare che ben 296 persone (27,2% del campione) hanno fatto registrare più ingressi con un massimo di 6 nuovi riaccessi per un singolo individuo.

La durata media di permanenza in carcere è stata di 150 giorni con una durata media di pena (data di ingresso/data di fine pena prevista) pari a 185 giorni, uscendo in media 196 giorni prima del fine pena previsto. In sintesi 597 passaggi si chiudono prima della scadenza fissata dal Giudice.

Dall'analisi condotta appare abbastanza evidente che i reati più frequenti sono legati al profilo stesso del tossicodipendente con un netto 21% per ciò che concerne la voce "produzione e traffico illecito di sostanze stupefacenti" seguito dal "furto", "evasione", "rapina", "violazione degli obblighi" che unitamente al primo item fissano un netto pari al 56% di tutti i reati

commessi per passaggi.

Di fatto al di là della "produzione e traffico illecito di sostanze stupefacenti", i reati contro il patrimonio sono quelli che più segnano le ragioni dell'ingresso in carcere per il tossicodipendente da eroina non senza che le voci di "evasione" e "violazione degli obblighi" ci invitino ad una più attenta riflessione.

L'età media dei 261 soggetti beneficiari dell'Indulto è pari a 37 anni, degli stessi sono 7 le donne, 1 proveniente dall'Ue, 3 gli extracomunitari. Scomponendo più specificatamente il dato, sono il 2008 e il 2009 (si ricorda che di quest'anno sono stati presi in esame solo i primi sei mesi e, dunque di una parte non è possibile avere il dato dei reingressi) gli anni che hanno fatto registrare più scarcerazioni a seguito della specifica misura.

I reati più frequenti per l'area degli indultati tossicodipendenti trattati con farmaco sostitutivo sono nell'ordine l'"evasione" (art.385), il "furto" (art.624), la "produzione e traffico illecito di sostanze stupefacenti" (art.73 DPR 309/90) e le "lesioni personali" (art.582).

Dei 261 soggetti indultati e scarcerati ben 176 (16,19% di tutta la popolazione considerata e il 67,4% di quanti hanno beneficiato della Legge n.241 del 2006) hanno fatto rientro nel carcere di Taranto con una media di permanenza all'esterno di 378 giorni (poco più di un anno).

Per ciò che attiene i reati commessi dai 176 rientrati dopo il beneficio dell'indulto, la "produzione e traffico illecito di sostanze stupefacenti" resta la voce con la più alta frequenza, seguita da "furto", dalle "evasione" e "legge sulle armi".

La riduzione registrata nel territorio di Taranto (in linea con il dato nazionale) del numero di beneficiari delle misure alternative e la tipologia più frequente di reati commessi dalla popolazione presa in esame (sia prima dell'indulto che dopo) induce ad un'attenta riflessione in merito a quanto è offerto al tossicodipendente in carcere e in alternativa allo stesso, alla sua frequente reiterazione dei reati, alla consapevolezza a volte rassegnata di non poter avere altre opportunità, implicitamente inducendo ad altri reati in una sorta di profezia che si autoalimenta e si auto-genera.

Se l'Indulto ha prodotto di fatto un temporaneo e circoscritto decongestionamento delle carceri italiane, se una percentuale ragguardevole di persone è tornata a delinquere, se la concessione delle misure alternative ha subito un netto calo dopo l'emanazione della cosiddetta Legge Giovanardi-Fini non si può negare la necessità impellente di risposte a questioni troppo a lungo minimizzate.

L'istituzione totale, nonostante l'impegno profuso in tante realtà carcerarie italiane, soprattutto per ciò che attiene alle terapie sostitutive a mantenimento e agli approcci integrati (medico-psico-sociale), non può per sua stessa natura raccogliere completamente l'ingiunzione alla riabilitazione.

La misura alternativa concessa ex artt. 90 e 94 del DPR 309/90 non può ancora essere giocata sull'imposizione della cura che per la persona ristretta tossicodipendente è concepita spesso esclusivamente in

chiave di evitamento della detenzione.

Per scegliere di curarsi è necessario essere liberi ma la Legge appare garantire la stessa solo in conseguenza della decisione, in realtà non sempre reale, di curarsi. Di fatto le stesse misure alternative andrebbero riviste con una maggiore collaborazione tra UEPE, Polizia Penitenziaria e Ser.T sebbene i linguaggi utilizzati depongono a svantaggio di una fruttuosa comunicazione.

Se per il medico del Ser.T il concetto di guarigione è spesso improprio e non adeguato ad una patologia come la dipendenza, per la Giustizia lo stesso è faro e guida.

Ecco, dunque, il corto circuito che si autoalimenta tratteggiando la carriera del tossicodipendente di "sostanza", reati, carcere, misure alternative (di tanto in tanto qualche indulto), il tutto consumato sulla pelle delle persone siano esse tossicodipendenti, familiari, operatori di vari settori.

41

IL PROGETTO "SOCRATE". UN'ESPERIENZA DI BUONA PRASSI NELLA PREVENZIONE TERRITORIALE DELLE DIPENDENZE

Leonardis L. - Pastiglia F. - Pepe L.
*Struttura/Servizio: Cooperativa Sociale Onlus "La Mimosa" - Via C. Napolitani 6/10 90010 Lascari (PA)-
Distretto Socio-Sanitario n°33, ASP 6 Palermo*

Il problema del consumo occasionale e/o patologico di sostanze psicoattive da tempo ha assunto dimensioni crescenti, entrando a far parte delle abitudini di persone, appartenenti a tutte le fasce di età e a tutte le classi sociali. La diffusione del consumo di sostanze è favorita dal prevalere di un atteggiamento culturale che tende a sottostimare i pericoli legati all'abuso non solo di droghe, ma anche di alcol, tabacco e farmaci. La rapida evoluzione, che caratterizza il mercato e le pratiche di consumo, rende necessaria una rilettura scientifica e socio-culturale del fenomeno. I risultati degli studi evidence-based tracciano nuove linee di interventi e di metodologie inerenti l'organizzazione dei servizi, la formazione degli operatori, la realizzazione di nuove ed integrate politiche preventive e di interventi di promozione della salute diretti alla popolazione generale e ai target a rischio (giovani e fasce marginali). In particolare, emerge la necessità di programmare interventi che siano il risultato dell'integrazione tra enti, istituzioni, agenzie; la creazione di reti territoriali di servizi e il coinvolgimento a tutti i livelli delle comunità locali che dovranno diventare promotrici di salute. In questo contesto si inserisce il progetto **Socrate**, che privilegia sperimentalmente una strategia di prevenzione territoriale nel contrasto alle vecchie e nuove dipendenze". Il progetto è stato finanziato dal Piano di Zona distrettuale e realizzato proprio nei nove comuni ricadenti nel distretto socio sanitario n.33 dell'ASP 6 e dalla Cooperativa Sociale Onlus "La Mimosa", con sede a Lascari (PA), in collaborazione con il Ser.T e con l'Unità Operativa di Educazione alla salute. Il progetto, realizzato nel periodo compreso tra settembre 2007 ed ottobre 2008, si è posto quale agente di prevenzione primaria delle dipendenze patologiche, puntando sulla costituzione di una rete "ecologica" di informazione volta al rafforzamento dei fattori protettivi ed alla riduzione dei fattori di rischio (NIDA 2003). I Destinatari diretti dell'intervento sono stati individuati in tutta la popolazione giovanile (pre-adolescenti ed adolescenti) del territorio per i quali sono stati programmati interventi mirati e differenziati per tipologia di età. Gli interventi miravano al rafforzamento degli elementi protettivi, attraverso una tempestiva ed accurata rilevazione dei fattori di rischio ed un adeguato supporto, attraverso l'attraverso l'utilizzo di differenti metodologie (life skills, peer-education, laboratori, cooperative learnig, seminari

informativi). Gli interventi sono stati realizzati nelle scuole primarie secondarie di primo e secondo grado, nei luoghi di ritrovo (giardini, centri di aggregazione sociale...) e su tutti i contesti del territorio ed incentrati sulla trasmissione di informazioni e soprattutto sulla promozione di abilità personali, sulla valorizzazione della struttura protettiva della famiglia. Il programma attuato ha inteso indirizzarsi alla prevenzione di tutte le forme di dipendenza, cercando di adattarsi ai problemi espressi dalla comunità locale e calibrando le azioni in funzione delle peculiarità riscontrate, dei fattori di rischio esistenti e dei fattori protettivi identificati. L'iter progettuale ha tenuto conto delle informazioni raccolte in itinere, adattando il programma operativo in funzione delle singole realtà e dei processi di monitoraggio e valutazione intercorsi, al fine di rendere efficaci gli interventi realizzati. La prima fase è consistita nella ricognizione dell'esistente, attuata mediante il contatto e la conoscenza dei testimoni privilegiati (opinion leader) che svolgono un ruolo centrale e di responsabilità negli interventi preventivi. Questa fase è stata propedeutica alla costituzione di una mappa territoriale specifica per comune e di una "rete" territoriale di prevenzione e promozione della salute attraverso la quale ciascun ente, gruppo, soggetto aderente, si impegnava, attraverso la sottoscrizione di una "carta degli impegni" ad attivarsi secondo il proprio ruolo e le proprie possibilità ed a diventare soggetto attivo nella lotta alle dipendenze. Il progetto "Socrate", in tal senso, ha voluto raggiungere le comunità locali, non solo a partire dal coinvolgimento dei Testimoni Privilegiati di cui sopra, ma anche utilizzando uno strumento di maggiore visibilità e di facile accesso, qual è stato il Punto Informativo, il cui scopo è stato quello di porsi come spazio in cui ognuno poteva, liberamente ed anonimamente, rivolgersi al fine di ricevere informazioni scientificamente corrette sulle dipendenze e le dinamiche adolescenziali implicate. Il Punto Informativo inoltre, ha permesso di diffondere una maggiore conoscenza dei Servizi territoriali, fungendo, in molti casi, da filtro. Il progetto ha previsto la realizzazione di una ricerca - intervento-partecipante realizzata in vari contesti territoriali. In particolare la ricerca ha previsto la somministrazione presso le scuole secondarie di primo grado di un questionario standardizzato "Io e la mia salute" (Bonino, 1996) agli alunni frequentanti le classi II e III medie inferiori. Esso ha preso in esame il sistema sociale, il sistema della persona, il sistema dell'ambiente percepito e il sistema dei comportamenti, in relazione alle variabili implicate come fattori di rischio/protezione nella fascia pre-adolescenziale ed adolescenziale. La somministrazione di interviste semi-strutturate rivolte a diverse tipologie di target (genitori, insegnanti, funzionari operanti nelle amministrazioni comunali, commercianti...) finalizzate alla rilevazione delle percezioni delle conoscenze, atteggiamenti e pregiudizi relativi alla tematica delle dipendenze. In seguito alla fase di ricerca ed all'analisi dei dati rilevati è stato possibile programmare interventi mirati. In particolare i dati rilevavano chiaramente l'esistenza preoccupanti i fattori di rischio. Si riportano le medie percentuali relative ad alcuni item

sui fattori di rischio: (1) approvazione dei comportamenti devianti = 38,5%; (2) scarsa efficacia regolatoria = 51%; (3) non consapevolezza dei rischi psicologici connessi all'uso di sostanze psi-coattive = 33,4%; (4) non consapevolezza dei rischi psicologici connessi all'uso di sigarette = 47,3%; (5) non consapevolezza dei rischi connessi agli strumenti tecnologici = 27,9%. La scarsa conoscenza dei servizi territoriali (il 75% degli intervistati non conosce l'esistenza dei Ser.T) la scarsa informazione(60% degli intervistati non sa cosa sia la dipendenza, quali siano i fattori di rischio e non conosce le terapie esistenti). La ricerca ha consentito di conoscere e fotografare il territorio evidenziane potenzialità e criticità, il lavoro di rete ha contribuito notevolmente alla creazione di alleanza ed alla sensibilizzazione e diffusione di una cultura della prevenzione che mira a radicarsi in tutti i contesti. Le attività intraprese e la metodologie utilizzate per l'attuazione dei programmi di prevenzione primaria nell'ambito delle dipendenze patologiche, avviate con il progetto "Socrate", trovano una naturale continuità attraverso l'attuazione del progetto "Socrate in strada", altro progetto previsto dal Piano di Zona del Distretto Socio-Sanitario n°33, che di recente è stato affidato alla stessa cooperativa "La Mimosa". Tale piano progettuale prevede, oltre a quanto già realizzato durante la precedente esperienza, alcune azioni innovative, a livello distrettuale e regionale, quali le unità educative di strada, ed una ricerca-azione sul fenomeno del *gambling*. In particolare, quest'ultima attività trae origine sia dall'analisi su base osservativa condotta nell'ambito della precedente attività di animazione sociale, oltre che da alcuni dati emersi dalla ricerca di cui sopra. A tal fine, ci si propone di avviare una ricerca più strutturata ed approfondita sul fenomeno in questione, onde consentire una prima analisi dell'esistente e l'emersione dei dati sommersi, attraverso il coinvolgimento delle ricevitorie, delle sale gioco e dei bar che dispongono di giochi elettronici a scommessa. Questa fase sarà propedeutica ad un'azione successiva di sensibilizzazione atta a diffondere una "cultura del gioco responsabile e socializzante", nella quale si coinvolgeranno i titolari, dimostratisi disponibili, ad effettuare, in collaborazione con gli operatori del progetto, la diffusione di materiale informativo.

Bibliografia

Epstein J.A., Griffin K.W., Botvin G.J., (2002), *Positive impact of competence skills and Psychological wellness in protecting inner-city adolescents from alcohol use*, *Prevention Science*, vol. 3, N. 2.

Linee Guida EBP Istituto Superiore di Sanità - Centro nazionale di Epidemiologia e Sorveglianza della Salute. www.Epicentro.iss.it



DIPARTIMENTO DIPENDENZE PATOLOGICHE
 U. O. Ser.T. SANT'ANTIMO
 via Delle Primule n°18 (NA) 80029
 tel. 081-3983121 fax 081-3983125
 Gaetano Liguori (Responsabile) Maria Spinelli (Inf. Prof.)
 Arcangelo Cimminiello (Medico) Sossio Sessa (Inf. Prof.)
 Barbara Testa (Psicologa) Caterina Siesto (Ass. Soc.)
 Gennaro Cerbone (Educatore Professionale)

REALTA' ORGANIZZATIVE

"... se avessi potuto scegliere tra la vita e la morte avrei scelto ..."
 (F. De Gregori)



DIPARTIMENTO DIPENDENZE PATOLOGICHE
 U. O. Ser.T. SANT'ANTIMO
 via Delle Primule n°18 (NA) 80029
 tel. 081-3983121 fax 081-3983125
 Gaetano Liguori (Responsabile) Maria Spinelli (Inf. Prof.)
 Arcangelo Cimminiello (Medico) Sossio Sessa (Inf. Prof.)
 Barbara Testa (Psicologa) Caterina Siesto (Ass. Soc.)
 Gennaro Cerbone (Educatore Professionale)

REALTA' ORGANIZZATIVE

- Tra la lentezza della burocrazia e la velocità delle sostanze, ho scelto ...*
- Tra la carenza del personale e l'esuberanza degli utenti, ho scelto ...*
- Tra l'assenza di fondi e la presenza di necessità, ho scelto ...*
- Tra le occasioni lasciate ad aspettare e le opportunità da realizzare, ho scelto ...*
- Tra una professione strappata ed una missione rattoppata, ho scelto ...*
- Tra gli atti dovuti e i diritti mancati, ho scelto ...*





OCEANO

Il centro: tra le 24 ore della comunità ed i 24 secondi della assunzione del farmaco.
 L'obiettivo: una lente per la calibrazione dei programmi.
 La possibilità: di fermarsi, ascoltarci, confrontarsi, scegliere, decidere.
 Il territorio: un cammino dalle radici, dove si vive e si ritorna a vivere.
 La famiglia: una risorsa presente, calata e integrata ai programmi.
 Il gruppo: la forza dei legami, la gestione della complessità con semplicità.



DIPARTIMENTO DIPENDENZE PATOLOGICHE
 U. O. Ser. T. SANT'ANTIMO
 via Delle Primule n°18 (NA) 80029
 tel. 081-3983121 fax 081-3983125

Gaetano Liguori (Responsabile) Maria Spinelli (Inf. Prof.)
 Arcangelo Cimmiello (Medico) Sossio Sessa (Inf. Prof.)
 Barbara Testa (Psicologa) Caterina Silesto (Ass. Soc.)
 Genaro Cerbone (Educatore Professionale)

ATTIVITA' ESTERNE
 Gita trimestrale utenti - familiari
 Barca a vela maggio - settembre
 Torneo calcetto ottobre - aprile
 Visite musei novembre - marzo
 Incontri con altre realtà

NUMERI OCEANO (2004 - 2009)
 1.915 giornate di attività
 23.264 passaggi di utenti
 13 utenti in media giorno
 14.450 esami tossicologici
 93% tossicologici negativi
 42 utenti totale drug free
 11 utenti con fine percorso
 1% abbandono programma
 12 laboratori attivati
 10 progettualità inoltrate
 08 campagne prevenzione
 Ottobre: Cerimonia fine viaggio
 Giugno: Settimana lotta droga

AMICI OCEANO
 Ferdinando Russo
 Raffaele Iorio
 Vincenzo D'auria
 Carlo Petrella
 Paolo Casale
 Nicola Scarano
 Centro sportivo Ilardi
 Centro diurno Gulliver
 La Locanda del gigante
 Lega Navale di Pozzuoli
 Gruppo per la vita
 Istituto Professionale Niglio
 (la loro generosità ha sostenuto il nostro comune impegno)

APPUNTAMENTI ANNUALI
 Dicembre: Dono dei presepi
 Maggio: Festa dell'aquilone
 Aprile: Mese della prevenzione
 Ottobre: Cerimonia fine viaggio
 Giugno: Settimana lotta droga

RICADUTA PERSONALE (2004 - 2009)
 Adesione alle terapie sostitutive
 Gestione del craving e ricadute
 Stabilizzazione dosaggi farmacologici
 Astensione uso di sostanze
 Aumento capacità empatiche
 Cura di se e fiducia nell'altro
 Autostima e crescita della persona
 Legalità come scelta di vita
 Abilità pratiche dai laboratori
 Possibilità di percorso in sede
 Possibilità di lavoro integrato
 Cambiamento rapporto utente - equipe

RICADUTA SOCIALE (2004 - 2009)
 Azzerramento overdose
 Ritenzione utenti in terapia
 Maggiore tenuta occupazionale
 Riduzione disagio sociale
 Riduzione reati per droga
 Riduzione conflittualità familiare
 Riduzione tensione interna al servizio
 Motivazione ai programmi in comunità
 Permanenza in c. t. da 120 a 202 giorni
 Riduzione ricoveri impropri
 Adeguatezza spesa pubblica
 Riduzione costi sociali

LUNEDI
 08,30 Ingresso
 09,00 Tossicologica
 09,15 Verifica
 10,30 Pausa
 11,00 Laboratorio
 13,00 Chiusura

MARTEDI
 08,30 Ingresso
 09,00 Tossicologico
 09,15 Lettura libro
 10,15 Pausa
 10,30 Laboratorio
 13,00 Chiusura

MERCOLEDI
 08,30 Ingresso
 09,00 Tossicologico
 09,15 Lettura libro
 10,15 Pausa
 10,30 Gruppo
 13,00 Chiusura

Laboratorio Sportivo
 pratica e teoria del calcio e altri giochi di squadra;
 traduzione della dinamica singolare - plurale.
 Costo attività € 50 mese
 Operatori impegnati 1

Laboratorio Prevenzione
 preparazione di materiale e dei giovani agli incontri;
 traduzione della dinamica coscienza - incoscienza.
 Costo attività € 30 mese
 Operatori impegnati 1

Laboratorio Maschere
 realizzazione di maschere in gesso, da esposizione;
 traduzione della dinamica della personalità.
 Costo attività € 50 mese
 Operatori impegnati 1

Laboratorio Foto-Video
 acquisizione competenze per costruzione di video;
 traduzione della dinamica dei messaggi fuori - dentro.
 Costo attività € 30 mese
 Operatori impegnati 1

Laboratorio Presepiale
 costruzione di manufatti artigianali, da regalare;
 traduzione della dinamica dono - perdono.
 Costo attività € 50 mese
 Operatori impegnati 1

Gruppo Terapeutico
 confronto utenti - operatori - volontari;
 traduzione della dinamica incontro - esperienza.
 Costo attività € 10 mese
 Operatori impegnati 1



OCEANO

Il tempo: cronologia finalizzata al benessere individuale e collettivo.
 La palestra: una preparazione alle comunità, risorsa unica e fondamentale.
 La regola: accessibile, chiara, semplice, facile, rispettabile.
 L'incontro: tra uomini, proprietà emergente sempre possibile.
 La cura: occuparsi e preoccuparsi di se e degli altri.
 La navigazione: a vista, sotto costa, solcando il mare all'insaputa del cielo.



Carta dei servizi

Cosa è il Ser.T.: il servizio pubblico rivolto alle persone con problemi di dipendenza patologica (droghe, alcol, farmaci, tabacco, gioco d'azzardo, video dipendenza)

Dove è il Ser.T.: Sant'Antimo via delle Primule 8

Orario del Ser.T.: feriali dalle 8.15 alle 12.45

Come accedi al Ser.T.: richiesta volontaria dell'utente e ratifica attraverso diagnosi multidisciplinare

Mission del Ser.T.: garantire il diritto alla cura, creare opportunità di benessere individuale e collettivo

Cosa fa il Ser.T.:

- Interventi di prevenzione
- Esami tossicologici
- Diagnosi multi disciplinare
- Screening malattie infettive
- Consulenze per patologie correlate
- Terapie sostitutive e sintomatiche
- Terapia psicologica e sociale
- Invio in comunità terapeutica
- Programma riabilitativo in sede
- Programmi per misure alternative
- Certificazione clinica medica e legale
- Collaborazione con Prefettura e Tribunale
- Sostegno ed indirizzo ai familiari
- Consulenze individuali e per associazioni
- Reinserimento sociale in ambito
- Progetti Regionali per borse lavoro

Operatori del Ser.T.:

- Gaetano Liguori (medico responsabile)
- Arcangelo Cimmiello (medico dirigente)
- Barbara Testa (psicologa dirigente)
- Caterina Silesto (assistente sociale)
- Genaro Cerbone (educatore professionale)
- Sossio Sessa (infermiere professionale)
- Maria Spinelli (infermiere professionale)

Lista di attesa Ser.T.: unicamente per l'invio in comunità con tempi funzionali alle richieste ed ai lavori della commissione valutatrice delle istanze

Ticket Ser.T.: tutte le prestazioni sono erogate gratuitamente senza obbligo di impegnativa, esclusa certificati per parto d'armi e per invalidità

GIOVEDI
 08,30 Ingresso
 09,00 Esami ematici
 09,15 Lettura libro
 10,30 Pausa
 11,00 Sport
 13,00 Chiusura

VENERDI
 08,30 Ingresso
 09,00 Tossicologico
 09,15 Cineforum
 10,15 Pausa
 10,30 Dibattito
 13,00 Chiusura

SABATO
 08,30 Ingresso
 09,00 Tossicologico
 09,15 Lettura libro
 10,15 Pausa
 10,30 Gruppo Open
 13,00 Chiusura

Laboratorio Culturale
 visione - dibattito di film, scelti per tema libero;
 traduzione della dinamica realtà - fantasia.
 Costo attività € 10 mese
 Operatori impegnati 1

Laboratorio Aquiloni
 assemblaggio di aquiloni con materiali poveri;
 traduzione della dinamica libertà - gioco.
 Costo attività € 20 mese
 Operatori impegnati 1

Laboratorio Musicale
 Rudimenti di arpeggio e accordi chitarra - piano;
 traduzione della dinamica vibrazione - armonia.
 Costo attività € 50 mese
 Operatori impegnati 1

Laboratorio Grafico
 elaborazione calendari, poster, opuscoli, guide;
 traduzione della dinamica semplicità - complessità.
 Costo attività € 50 mese
 Operatori impegnati 1

Laboratorio Informatica
 apprendere il computer ed i programmi di gestione;
 traduzione della dinamica tecnica - attenzione.
 Costo attività € 50 mese
 Operatori impegnati 1

Gruppo Open
 incontro libero utenti - familiari - operatori;
 traduzione della dinamica vissuto - relazione.
 Costo attività € 10 mese
 Operatori impegnati 1

Riabilitazione Ser.T.: Programma settimanale "Oceano" (sabato: sport e gite; estate: vela terapia)

LUNEDI
 08,30 Ingresso
 09,00 Tossicologico
 09,15 Verifica
 10,30 Pausa
 11,00 Laboratorio
 13,00 Chiusura

MARTEDI
 08,30 Ingresso
 09,00 Lettura libro
 09,15 Laboratorio
 10,15 Pausa
 10,30 Laboratorio
 13,00 Chiusura

MERCOLEDI
 08,30 Ingresso
 09,00 Tossicologico
 09,15 Laboratorio
 10,15 Pausa
 10,30 Gruppo
 13,00 Chiusura

GIOVEDI
 08,30 Ingresso
 09,00 Es. ematici
 09,15 Laboratorio
 10,15 Pausa
 10,30 Laboratorio
 13,00 Chiusura

VENERDI
 08,30 Ingresso
 09,00 Tossicologico
 09,15 Cineforum
 10,15 Pausa
 10,30 Dibattito
 13,00 Chiusura

43

COSTRUZIONE DI UN DATA-BASE GESTIONALE PER LA RACCOLTA E L'ANALISI DELL'UTENZA IN CARICO PRESSO LE STRUTTURE TERAPEUTICHE TERRITORIALI DELLA ASL PROVINCIA DI MILANO 1

Autori: Luppi C.*, De Nes M., Durello R.**,
Carrino G.***, Scalese M., Salvatori S.*

*Istituto di Fisiologia Clinica del CNR. Sezione di
Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari.

**Osservatorio del Dipartimento delle Dipendenze ASL
Milano 1

***Associazione Dianova Onlus

Background

Nel 2009 la stima del numero di utilizzatori problematici di sostanze stupefacenti in Italia, pubblicata dalla Relazione annuale al Parlamento 2010, corrisponde a 393.490 persone eleggibili al trattamento, corrispondenti ad una prevalenza di 9,95 persone ogni mille residenti con età compresa fra 15 e 64 anni. In particolare si stimano 216.000 utilizzatori problematici di oppiacei (eroina o altri oppiacei) e 178.000 utilizzatori problematici di cocaina, corrispondenti rispettivamente ad una prevalenza di 5,5 e di 4,5 persone ogni mille residenti di 15-64 anni. La popolazione tossicodipendente assistita nel 2009 risulta pari a 168.364 persone, tra questi 33.984 hanno fatto domanda di trattamento per la prima volta nel corso del 2009. Di fronte ad un fenomeno complesso e multifattoriale come quello delle dipendenze da sostanze è indispensabile poter sviluppare una rete di raccolta e valutazione di dati derivanti da diverse ed indipendenti fonti informative. Proprio per questo motivo è ancora più importante poter disporre di dati comparabili ed attendibili sulle caratteristiche delle persone sottoposte a trattamento soprattutto per quei soggetti che transitano presso strutture del privato sociale accreditato per le quali la rilevazione dell'informazione analitica risulta ancora non sufficientemente standardizzata.

Obiettivo

Monitorare gli esiti dei percorsi terapeutici intrapresi nell'ambito delle dipendenze e valutare il benchmarking trattamentale in strutture residenziali e semiresidenziali. Conoscere in maniera esaustiva le caratteristiche dell'utenza in carico trattata nelle strutture presenti sul territorio afferente ad una ASL collocata nel Nord-ovest della Provincia di Milano (Milano 1).

Materiali e metodi

Tramite la messa a punto di un apposito software gestionale distribuito alle strutture residenziali e

semiresidenziali afferenti alla ASL e successivamente all'istruzione del personale addetto all'implementazione delle informazioni, sono stati raccolti dati relativi agli aspetti socio-anagrafico, sanitario-amministrativo e clinico dell'utenza in carico nelle annualità 2008 e 2009.

Il software per la raccolta dati, sviluppato nel linguaggio di programmazione visual basic, si configura come un database di tipo stand-alone la cui interfaccia utente è strutturata in maschere di inserimento tramite le quali l'operatore ha la possibilità sia di inserire, modificare, ricercare, aggiornare, eliminare le informazioni che di creare copie di backup, così come di esportare tali informazioni secondo un tracciato record standard utile al fine di elaborazioni di tipo statistico-epidemiologico. Relativamente alla struttura del database, in particolare per quanto riguarda i campi da rilevare ed i rispettivi dizionari, sono state seguite le linee guida dell'Osservatorio europeo di Lisbona e del progetto SESIT (Standard Europei per il Sistema Informativo Tossicodipendenze) al fine di assicurare massima esaustività e comparabilità delle informazioni acquisite.

Risultati

Complessivamente, nelle due annualità, sono stati raccolti dati relativi a 484 soggetti di cui 203 utenti in carico nel 2009 alle 5 Comunità Terapeutiche dislocate sul territorio della ASL provincia di Milano 1. Per questi ultimi si rileva un'età media di 38 anni che risulta più anziana di 3 anni rispetto ai soggetti in carico nei SerT e più giovane di 7 anni rispetto all'utenza in carico ai NOA.

Il 69% degli utenti sono maschi ed il 59% sono in carico da anni precedenti, il 40% dei soggetti è in carico per problemi legati al consumo di oppiacei, il 23% di sostanze alcoliche ed il 36% per abuso di cocaina. In linea con quanto osservato presso i SerD, sono i soggetti "nuovi" a presentare maggiore vicinanza con la cocaina rispetto a soggetti già noti ai servizi (40% dei nuovi contro 30% dei già noti; nei SerT 48% contro 40%). Il 66% dei soggetti è poliabusatore (contro 57% utenti Ser.T e 43% utenti NOA) ed il comportamento di poliassunzione è maggiormente diffuso tra i cocainomani (83% del collettivo). La modalità iniettiva di assunzione delle sostanze è praticata dal 47% dei soggetti in carico nelle Comunità, mentre tra i soggetti in carico ai SerT ne dichiara la pratica il 32%.

Il 66% degli utenti in trattamento presso le Comunità ha un livello di istruzione medio, l'8% ha raggiunto al massimo la licenza elementare e il 26% ha un elevato livello di istruzione (diploma o laurea). Il 66% dei soggetti sono disoccupati, il 31% occupati e il 3% economicamente non attivi; il 34% vive da solo, il 31% abita con i genitori, il 18% con la famiglia costituita e il rimanente 17% abita con altre persone. La maggior parte degli utenti in carico ha una residenza fissa (75%), il 14% non ha dimora ed l'11% risiede in strutture pubbliche. Rispetto allo stato civile: il 60% è celibe o nubile, il 15% risulta coniugato o convivente, il 23% è separato o divorziato e il 2% è vedovo/a.

Nel 2009 sono stati erogati mediamente più di 2 trat-

tamenti per ogni utente. Il 61% ha ricevuto trattamenti farmaco-integrati ed il 59% trattamenti esclusivamente psico-socio-educativi. I trattamenti psico-socio-educativi sono stati rivolti per lo più a soggetti cocainomani (43%) ed i trattamenti farmaco-integrati son stati per lo più rivolti a utilizzatori di oppiacei (53%). Al 78% dei soggetti sottoposti a terapie farmacologiche è stato somministrato metadone, al 14% GHB e al 25% dei soggetti sono stati somministrati altri farmaci non sostitutivi, mentre una minoranza di tale utenza è stata trattata con buprenorfina (2%).

Conclusione

Lo scopo dell'indagine è stato quello di analizzare i dati prodotti dalla gestione clinica ed operativa delle strutture terapeutiche territoriali del privato sociale accreditato, descrivendo i principali risultati del monitoraggio dell'utenza di 5 unità operative basate sull'utilizzo del software gestionale distribuito e conforme agli standard europei SESIT.

Lo studio ha evidenziato l'utilità dell'impiego di uno strumento di gestione clinica per il monitoraggio dell'attività svolta dalle strutture terapeutiche territoriali e per la valutazione degli esiti analizzando alcuni indicatori quali l'aderenza alla terapia o l'astensione dall'uso della sostanza primaria.

L'utilizzo del software gestionale ha permesso di capire la tipologia dei percorsi trattamentali, i carichi di lavoro e conseguentemente le dotazioni organiche necessarie.

Partendo dal singolo soggetto ha consentito di raccogliere sia informazioni di tipo socio-anamnestico che clinico quali diagnosi ed esami di varia natura (esami sierologici ed ematochimici, esami delle urine per la ricerca dei metaboliti di alcol e di sostanze illegali) e tutto il lavoro che viene svolto a livello trattamentale all'interno delle strutture. La semplicità di utilizzo delle maschere di inserimento, la quantità di informazioni registrabili e facilmente reperibili in qualsiasi momento e la possibilità di analizzare e confrontare i dati con realtà non solo appartenenti al medesimo territorio, ma anche molto distanti e diverse tra loro sono state la spinta a continuare ad utilizzare il software che continua, infatti, ad essere il gestionale in uso anche per l'anno 2010.

Alle comunità terapeutiche della ASL provincia di Milano 1 si sono affiancate, nell'utilizzo dello strumento, anche le comunità delle ASL della provincia di Varese (già dal 2009) e quelle della ASL della provincia di Lecco.

Ringraziamenti

Si ringrazia il tavolo di lavoro della ASL Provincia di Milano 1 nelle persone di Giovanni Gaiera, Giovanni Carrino, Valeria Pisoni, Grisales Surelly, Adele Ciceri, Stefano Moneta, Marco Forlani, Laura Stampini, Laura Andreoni, Monica Sandrini, Romana Baronchelli, Mariangela Taverna, Katuscia Gambacorta, Cinzia Bortoluzzi, Stefania Bruletti, Ivana Balistrocchi, Alberto Ciccarelli, Marina Meneghello, Claudia Rossignoli, Anna Porcellini, Claudio Stellari.

44

LA DOPPIA DIAGNOSI, DA UN DOPPIO PROBLEMA AD UN UNICO TRATTAMENTO

Mazzoli P.*, Ridolfi M.E., Savelli L.*****

*Dirigente Medico, Spec. Psicologia Medica- S.T.D.P.

Fano (PU) -ZT 3 - ASUR Marche

**Dirigente Medico, Spec. Psichiatria- DSM Fano (PU)-
ZT 3-ASUR Marche

***Dirigente Medico, Spec. Psichiatria- DSM Fano (PU)-
ZT 3- ASUR Marche

L'aspetto clinico che va sotto il nome "doppia diagnosi" presenta una serie di ambiguità sia come tasonomia, sia come percentuale rilevata nei servizi per le dipendenze o in quelli psichiatrici.

In questa sede intendiamo presentare una modalità di approccio ai pazienti in doppia diagnosi, che tenta di dare una risposta pratica alle dimensioni sottostanti: organizzativa-diagnostica-terapeutica.

Riportiamo quindi l'esperienza in atto nel nostro S.T.D.P. in collaborazione, attraverso un protocollo di intesa con il Dipartimento di Psichiatria.

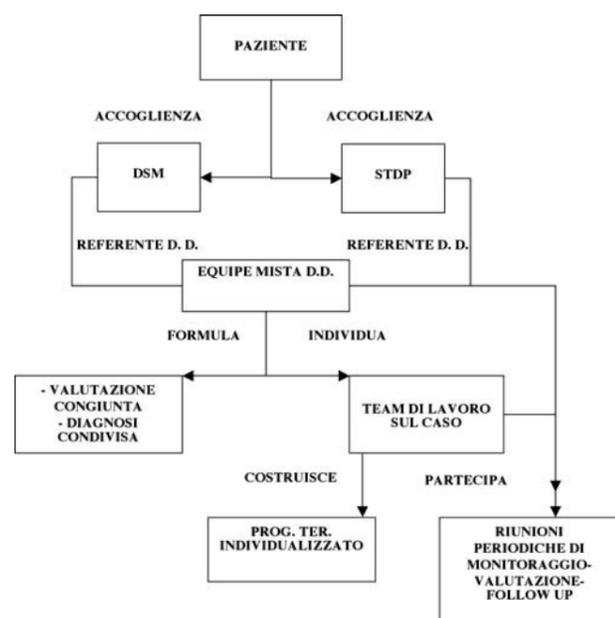
Storia del percorso

Dopo due tranne formative costituite da percorsi annuali sul tema doppia diagnosi, che hanno coinvolto sia i colleghi del S.T.D.P. sia quelli del D.S.M., si è arrivati a formulare una proposta condivisa per un Protocollo di intesa tra i due Servizi coinvolti. Con l'approvazione dei due Responsabili si è proceduto alla stipula del protocollo che è stato recepito dal Direttore Generale e si è costituita una equipe mista (operatori dei due Servizi) per la diagnosi, il trattamento ed il monitoraggio dei pazienti classificati come Doppia Diagnosi. Il gruppo di lavoro è attivo dal Marzo 2010 e presentiamo l'esperienza per un confronto critico con gli altri colleghi che lavorano sullo stesso tema.

Modalità organizzativa dell'Equipe Doppia Diagnosi

- Referente Doppia Diagnosi (uno per Servizio)
- Riunioni periodiche (ogni due settimane) per programmazione e discussione casi
- Riunioni periodiche (ogni tre mesi) con i Responsabili per aggiornamento delle situazioni
- Connessione intranet tra le sedi dei Servizi coinvolti per comunicazioni e cartella digitale
- Strumenti diagnostici e di monitoraggio condivisi
- EUROPASI/EASYASI
- MMPI - 2
- SCID - 2
- SCL 90

FLOW CHART RIASSUNTIVA DEL PROCESSO



Il ruolo del Referente per la Doppia Diagnosi:

- Attivazione dell'Equipe Doppia Diagnosi per gli approfondimenti del caso;
- Organizzazione del team di lavoro sul caso e relativi report;
- Organizzazione delle comunicazioni tra gli operatori coinvolti;
- Organizzazione delle riunioni periodiche;
- Rapporti con l'esterno;

Componenti Equipe Doppia Diagnosi:

- N° 2 medici (uno per servizio)
- N° 2 psicologi (uno per servizio)
- N° 2 Assistenti Sociali (uno per servizio)

Criteri diagnostici per inserimento dei pazienti in Doppia Diagnosi

I primi incontri del gruppo di lavoro sono stati dedicati alla condivisione dei criteri di inclusione/esclusione dei pazienti in valutazione. Abbiamo concordato di orientarci su due assi diagnostici:

- 1) diagnosi secondo il DSM 4 R;
- 2) diagnosi funzionale (intensità e grado di compromissione).

Riteniamo importante coniugare questi due aspetti per meglio costruire un progetto di cura che tenga presente la possibile variazione del quadro di funzionamento del paziente. Stante i chiari quadri diagnostici ascrivibili a psicosi, per quello che riguarda i disturbi dell'umore ed i quadri del disturbo border line di personalità (questi ultimi due sono i maggiormente presenti nella casistica generale dei casi di doppia diagnosi), riteniamo utile considerare il parametro "intensità" e "grado di compromissione" per orientare la presa in carico in doppia diagnosi. Altro elemento condiviso è stato quello della prevalenza. I pazienti afferenti ai nostri Servizi sono, nella maggior parte dei casi, presi in carico per anni, per cui tener conto di

come variano, nel tempo gli aspetti sintomatologici con il parametro prevalenza, orienta ad una presa in carico che di volta in volta sarà maggiormente rilevante sul versante del disturbo psichiatrico o di quello tossicomane.

Abbiamo modo, quindi, senza perdere di vista l'interezza del paziente, di rispondere in modo dinamico alle variabilità del quadro clinico.

Criticità

Scarsità di personale.
 Non omogeneità di formazione degli operatori.
 Difficoltà di comunicazione con gli altri operatori.
 Abbiamo attuato, e cercheremo di farlo con costanza, una formazione interna sui temi della doppia diagnosi e sull'utilizzo dei reattivi testologici impiegati per la diagnosi. Sono previste delle sessioni di incontro per meglio illustrare ai colleghi che non hanno frequentato i precedenti corsi di formazione le modalità operative in corso dell'equipe di doppia diagnosi e le relative modalità di invio.

Per comunicazioni
 Piergiovanni Mazzoli
 Lavoro tel. 0721882481 - fax 0721882486
 Mobile 3397746041
 Mail piergiovanni.mazzoli@sanita.marche.it / pigima@libero.it

45

LAVORARE SULLA QUALITÀ DEGLI INTERVENTI, UNA SFIDA POSSIBILE

Mazzoli P.*, Serafini P.**
 *Dirigente Medico, Spec. Psicologia Medica- S.T.D.P. Fano (ZT 3 - ASUR Marche)
 **Sociologo D.D.P. Fano-Urbino (ZT 3-2- ASUR Marche) S.T.D.P. di Fano (PU)-ZT 3-ASUR Marche

Da dove siamo partiti

Nell'ambito del nostro lavoro gli aspetti della Valutazione e della Qualità sono tra i meno approfonditi. Riteniamo che per un servizio che opera con pazienti sempre più problematici ed in un'organizzazione sempre più complessa, ma con risorse sempre più limitate, sia imprescindibile occuparsi della Qualità delle prestazioni erogate.

In questo primo lavoro, presso il S.T.D.P. di Fano (PU), abbiamo cercato di privilegiare la dimensione operativa della Qualità, tenendo conto delle caratteristiche peculiari del nostro operare quotidiano, caratterizzato da parte degli operatori da una multidimensionalità e multi professionalità e da parte degli utenti/pazienti da comorbilità crescente e bisogni distribuiti su molteplici piani. Abbiamo, quindi, scelto di occuparci della Qualità Percepita (da ora in poi Q. P.), sottolineando come, al contrario di altre branche della sanità, nel nostro ambito la relazione interpersonale e le percezioni soggettive siano determinanti per la riuscita o no del progetto terapeutico.

Un altro aspetto interessante è costituito dal possibile circolo virtuoso che si può instaurare a partire dal lavoro sulla Q. P. Sappiamo come la motivazione (manifesta e latente) alla cura, da parte dei pazienti/utenti e al lavoro (integrato ed individuale) da parte degli operatori siano elementi fondamentali alla base ed al servizio di una coprogettazione terapeutica efficace. L'attenzione al processo di cura, sempre dai due vertici (pazienti/utenti ed operatori) ed alle dimensioni in cui si declina negli aspetti della Q. P. realizza un rinforzo motivazionale e migliora la compliance tra gli attori coinvolti nel processo terapeutico.

Un'ultima dimensione indagata, ma non certo meno importante delle precedenti, è rappresentata dal contesto organizzativo-gestionale, sia interno al S.T.D.P., sia nel rapporto con il macrocontenitore Azienda Sanitaria. Nello specifico della nostra realtà regionale, organizzata sul modello centralizzato dell'ASUR (Azienda Sanitaria Unica Regionale), i Dipartimenti Dipendenze Patologiche (Zonali e Sovrazonali) sono inseriti nelle Zone Territoriali-ZT- (13 in tutta la Regione) in cui è articolata l'Azienda Sanitaria Unica Regionale. Da un mese si è attuata la creazione dell'Azienda Ospedali Riuniti Marche Nord (Provincia di Pesaro Urbino), scorporando nella ZT 3 di Fano l'Ospedale dal territorio. Citiamo questo aspetto organizzativo per sottolineare quanto i mutamenti (gestionali ed organizzativi) del contesto in cui è inserito un Servizio abbiano una notevole influenza sulla qualità

del lavoro. Scopo centrale del lavoro e la ricerca, e la messa alla prova, di uno strumento come lo studio e l'analisi, della Q. P. per connettere le molteplici e variabili caratteristiche, interne ed esterne al contesto del Servizio, con quelle individuali ed organizzativo/gestionali.

Metodologia
Questionario utenti/pazienti

L'estrema complessità insita nel particolare tipo d'utenza afferente al servizio nonché la mutevole relazione → soddisfazione ha portato alla costruzione di uno strumento che indagasse molteplici dimensioni. Si è scelto di adottare un questionario autocompilato somministrato agli utenti in carico al servizio da almeno 6 mesi, quindi soggetti che avevano avuto la possibilità di maturare un'opinione sul servizio e su tutte le sue componenti.

Per garantire la tutela della privacy e l'anonimato, la somministrazione è stata effettuata da personale tirocinante che non aveva contatti terapeutici con gli utenti e sono stati ridotte al minimo le informazioni socio-demografiche.

Il questionario è composto da 25 items che cercano di sondare le impressioni degli utenti in relazione a 4 dimensioni:

1. La struttura del Servizio
2. L'organizzazione
3. Il rapporto con gli operatori
4. Efficacia percepita degli interventi

Per la costruzione del questionario dalla letteratura esaminata si è scelto di basarsi su il VSS-DIP (Verona Service Satisfaction Scale) integrato da un'indagine fatta sul target in questione dai Servizi di Bologna e da un progetto realizzato presso il S.T.D.P. di Cesena.

Ogni item è proposto su una scala Likert a 5 livelli: pessima - scarsa - sufficiente - discreta - buona.

per la quale è stata adottata una struttura grafica a W in quanto, dalla letteratura consultata, era quella che meglio aiuta a percepire le distanze tra le cinque chiusure (delle domande) in modo sostanzialmente conforme all'assunto di equidistanza implicito nelle etichette delle categorie (E. Amicano, G. Rinaldi, E. Pampanini in "Costruire il dato, le scale Likert", a cura di A. Marrani e G. Gasperoni, 2002, Franco Angeli).

per evitare il response set, alcune domande sono state poste in ordine inverso e le ultime quattro erano composte da "domande filtro".

Prime criticità:

Da una prima analisi, su un campione significativo di questionari, si sono riscontrati problemi di comprensione rappresentati da mancate risposte alle "domande filtro".

Questionario operatori

Il questionario sugli operatori è diviso in due sezioni. La prima sezione descrive alcune caratteristiche socio-demografiche, l'area successiva è il cuore del questionario e composta da 38 items.

Le dimensioni indagate:

- 1) Caratteristiche degli ambienti di lavoro

- 2) Caratteristiche del lavoro svolto
- 3) Caratteristiche dell'organizzazione/tempi del lavoro
- 4) Caratteristiche della comunicazione
- 5) Consapevolezza ed orgoglio del proprio lavoro
- 6) Relazioni tra operatori sul lavoro

Il questionario, costruito con le stesse premesse del precedente, è basato su una scala Likert a 5 livelli, più una domanda filtro e due sezioni a risposta libera. Alcune domande sono state poste per essere meglio correlate con le corrispondenti del questionario somministrato agli utenti/pazienti.

E' in corso l'esame dei dati raccolti che, se la comunicazione verrà accettata, saranno presentati nelle diapositive.

Per comunicazioni
Piergiovanni Mazzoli
Lavoro tel. 0721882481 - fax 0721882486
Mobile 3397746041
Mail piergiovanni.mazzoli@sanita.marche.it / pigima@libero.it

46

IL PROCESSO DI ASSESSMENT INFERMIERISICO IN FASE DI ACCOGLIENZA PRESSO IL SER.T DI TRENTO: UNA RISPOSTA ORGANIZZATIVA ALL'AUMENTO DELLA COMPLESSITÀ DELLA DOMANDA

Pellegrini G., Busto A.
SERT TRENTO

Background

Negli ultimi anni si è evoluto il concetto stesso di dipendenza a seguito di mutamenti di carattere socio-culturale (ad esempio il passaggio sempre più persistente al poliabuso), ma soprattutto per il contributo della ricerca scientifica, che ha messo in campo nuovi scenari eziologici sullo stato di dipendenza avvalorando la teoria del Brain Disease. I professionisti che operano all'interno dei servizi per le tossicodipendenze devono far fronte all'incremento della complessità della domanda, e della relativa valutazione, utilizzando come supporto l'evidenza scientifica disponibile. Tutto ciò comporta una tendenza organizzativa verso strumenti validati che aiutino i servizi a leggere il bisogno e a standardizzare l'intervento terapeutico.

La fase di accoglienza di una persona è uno tra gli aspetti più delicati e fragili della presa in carico. Da un lato è il momento della manifestazione del bisogno da parte dell'utente, dall'altro è espressione dell'azione del servizio.

L'intervento ha, quindi, intrinsecamente una visione bidirezionale:

- dal punto di vista dell'utente che valuta il servizio e la sua tempestiva capacità di lettura e soddisfazione del bisogno
- dal punto di vista del professionista che deve leggere e "filtrare" il bisogno secondo i canali organizzativi standardizzati.

Scopo

La strutturazione e l'esplicitazione del processo di accoglienza facilita una più rapida e predeterminata assegnazione del percorso terapeutico idoneo ed ha lo scopo di fornire una guida ai professionisti del Ser.T. coinvolti in questa delicata ed importante fase dello "intake" e di garantire alle persone che accedono al Servizio un percorso predefinito, meditato e condiviso fra i professionisti del Servizio.

Finalità del processo

- l'ascolto della domanda portata dal cliente;
- risposta (senza inutili tempi d'attesa) immediata ad eventuali emergenze reali o percepite;

- informazioni di indirizzo ad un'altra agenzia qualora la domanda portata non sia coerente con l'attività istituzionale del Ser.T.;
- attivazione della successiva fase di valutazione multi assiale;
- informazioni e supporto alle persone interessate ma non direttamente coinvolte nel problema.
- Individuazione di possibili indicatori di risultato

RISULTATI

Parte Anagrafica

Qualsiasi persona che afferisce alla sede Ser.T di Trento (è) viene ricevuta dal personale infermieristico presente in accettazione che accoglie la domanda.

Se è presente un'emergenza sanitaria l'infermiere contatta immediatamente il medico di guardia che provvederà a predisporre le misure necessarie per contrastare o risolvere l'emergenza.

In assenza di situazioni clinicamente emergenti o percepite tali dal paziente e, valutata la pertinenza della domanda rispetto alle attività istituzionali del Ser.T., l'infermiere avvia la procedura di accettazione. La prassi prevede: l'apertura della cartella e la raccolta delle informazioni previste dalla scheda anagrafica con particolare attenzione, in caso di paziente con uso, abuso o dipendenza da sostanze, alla residenza, in quanto collegata all'assegnazione territoriale dei pazienti tossicodipendenti ed alle prestazioni erogabili se stranieri.

Per documentare la residenza attuale della persona l'infermiere (deve) richiede(re) un documento di identità valido di cui conserverà fotocopia.

Nel caso in cui, l'utente non sia residente in Trentino, ma sia cittadino italiano, si seguiranno le disposizioni presenti nella procedura per appoggi fuori provincia.

Se l'utente non è cittadino Italiano si seguiranno le

Severity of Dependence Scale (SDS)

Completa il seguente questionario per la droga che più frequentemente hai assunto nell'ultimo anno

	SAO	SI	NO
1. Riesci a tenere sotto controllo l'uso di..... ?	0 mai o quasi mai	1 a volte	2 spesso
2. Ti preoccupa l'idea di saltare una dose?	0 mai o quasi mai	1 a volte	2 spesso
3. Ti preoccupa fare uso di.....?	0 mai o quasi mai	1 a volte	2 spesso
4. Hai mai desiderato di poter smettere?	0 mai o quasi mai	1 a volte	2 spesso
5. Quanto hai trovato difficile smettere o stare senza?	0 per niente	1 poco	2 molto
		3 impossibile	
TOTALE SDS			

disposizioni contenute nella procedura per la gestione dei pazienti comunitari e extracomunitari nel SerT.

Parte Clinica (Tipologia del bisogno)

La tipologia del bisogno inizia con l'assessment infermieristico che prevede:

- Il colloquio di accettazione;
- l'accertamento dello stato di salute generale (parametri vitali, BMI);
- la somministrazione di alcuni test per documentare il livello di dipendenza autoriferito (SDS, SAO).

L'output dell'assessment infermieristico:

- un primo inquadramento, da un punto di vista infermieristico, della situazione clinica generale del paziente e della domanda portata;
- la suddivisione del paziente in una delle seguenti coorti previste.

1. Uso, abuso o dipendenza da sostanze
2. Ex Articoli 75 o 121

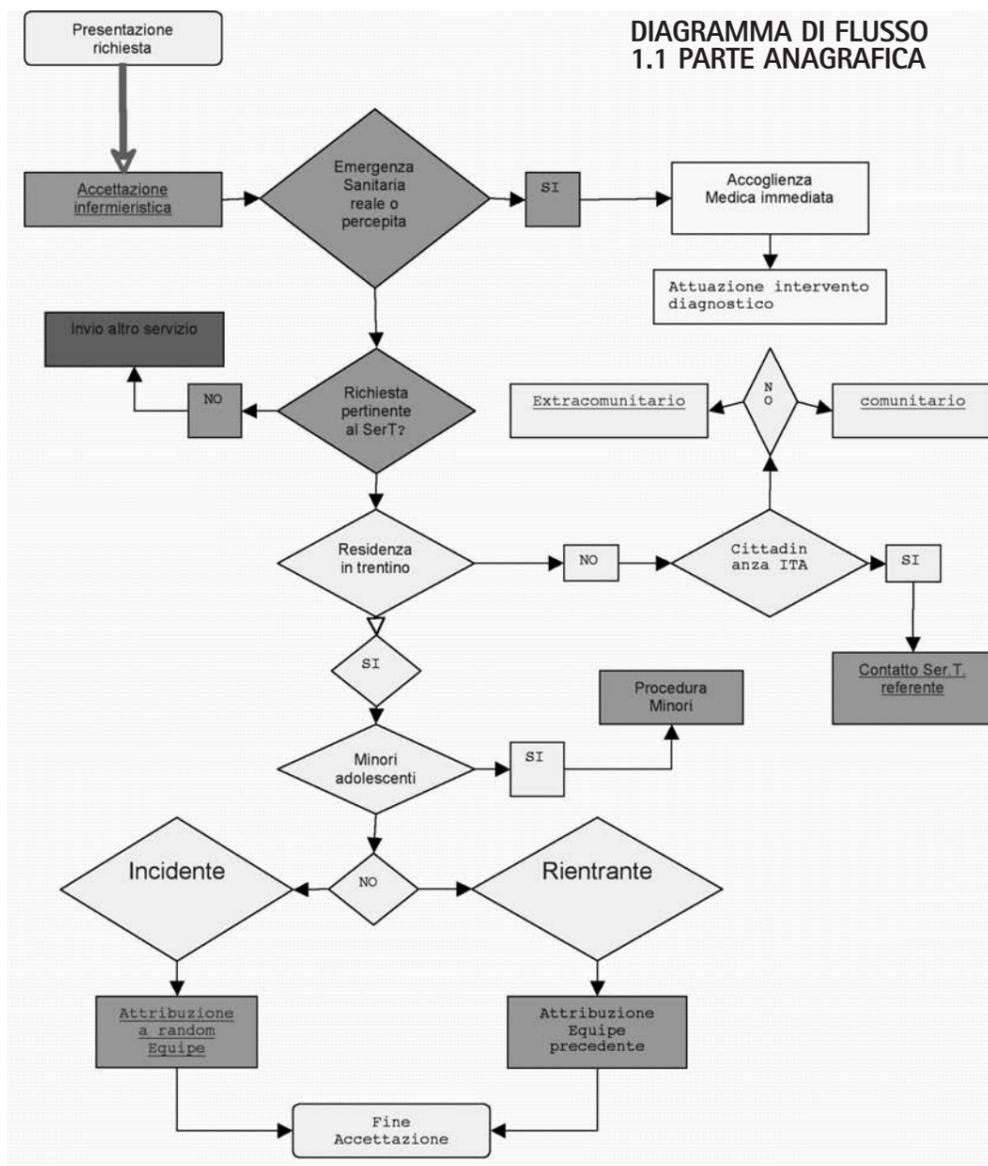
3. Altre dipendenze non farmacologiche
4. Gioco d'azzardo patologico (GAP)
5. Familiari o terzi.
6. richieste di certificazione di non tossicodipendenza
7. Eventi inattesi
8. telefonate di area medica
9. Altro

Intervista semi strutturata ASI

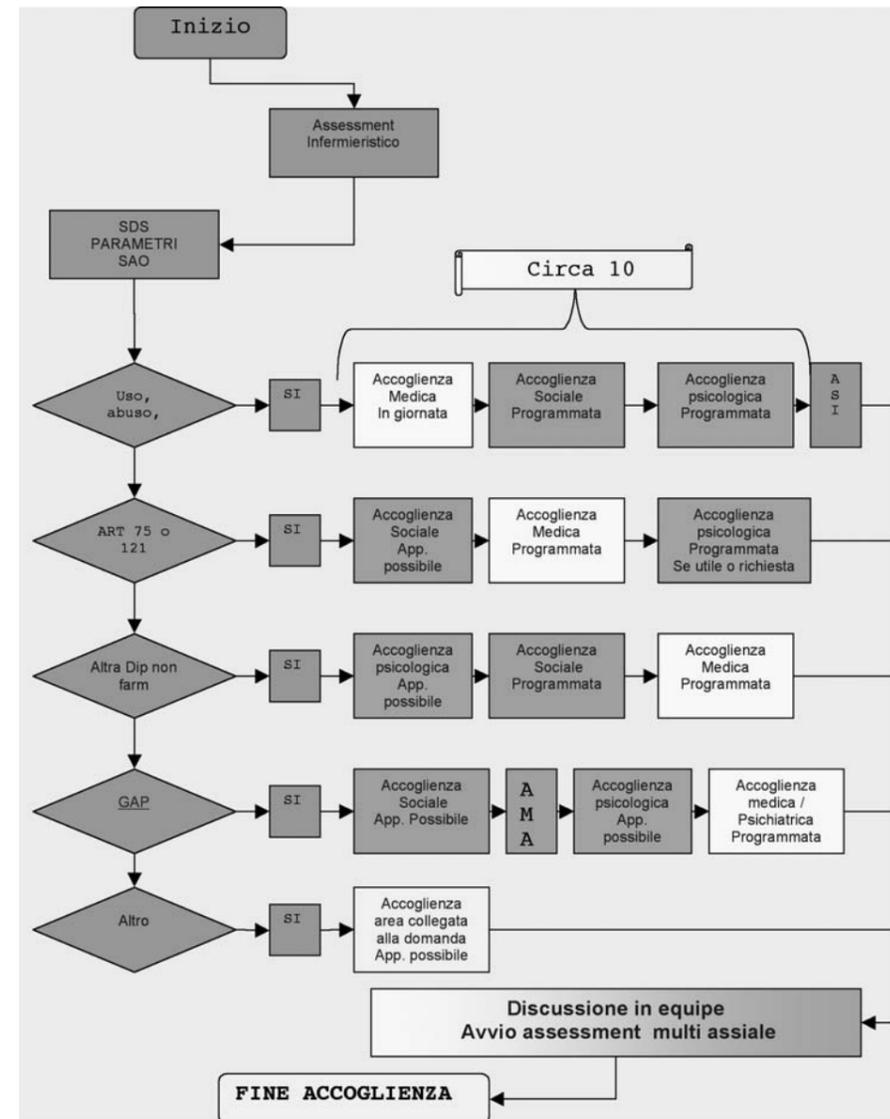
Per il primo gruppo di utenti una volta definito l'uso l'abuso o la dipendenza da sostanze l'infermiere di accettazione programma la somministrazione dell'intervista semi strutturata ASI

Discussione in equipe ed avvio della predisposizione dell'Assessment

La fase di accoglienza transita nella fase di assessment multi assiale che verrà discussa e programmata in equipe. L'accoglienza termina quindi con la presentazione del caso in equipe.



1.2 Tipologia del Bisogno



LEGENDA	
COLORE	AREA Professionale
○	Medica
●	Infermieristica
●	Psicologica
●	Sociale
○	Amministrativa

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Alfio Lucchini. La diagnosi dei disturbi da uso di sostanze (Franco angeli)2001

DiClemente C. C. (1994): "Gli Stadi del cambiamento: un approccio transteorico alla dipendenza". In Guelfi G.P. e Spiller V. (Eds), Motivazione e stadi del cambiamento nelle tossicodipendenze, Il Vaso di Pandora II, 4, 1994, 37-51

<http://drugabuse.gov/scienceofaddiction/> Ultimo accesso 07/09/2010

<http://www.droga.it/diagnostica/grassi/index.htm#30#30> Ultimo accesso 07/09/2010

RIFERIMENTI SCIENTIFICI

Craig RJ; Olson RE. Predicting methadone maintenance treatment outcomes using the Addiction Severity Index and the MMPI-2 Content Scales (Negative Treatment Indicators and

Cynism scales)

GONZÁLEZ-SÁIZ F; DOMINGO-SALVANY A; BARRIO G; SÁNCHEZ-NIUBÓ A; BRUGAL MT; DE LA FUENTE L; ALONSO J; Severity of dependence scale as a diagnostic tool for heroin and cocaine dependence. European Addiction Research, 2009; 15 (2): 87-93 (journal article - research) ISSN: 1022-6877 PMID: 19142008 CINAHL AN: 2010274651

GOSSOP M., DARKE S., GRIFFITH P., HANDO J., POWIS B., HALL W. & STRANG J., 1995, The Severity of Dependence Scale (SDS) psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. Addiction, 90,607-614.

TOPPL. & MATTICK R.P., 1997, Choosing a cut-off on the Severity of Dependence Scale (SDS) for amphetamine users, Addiction, 92 (7), 839-845.

47

PROGETTO DI RICERCA PER LA PREVENZIONE DEL FASD (FETAL ALCOL SPECTRUM DISORDER) NELL'AZ.ULSS9 DI TREVISO - REGIONE VENETO, ITALIA

Riscica P.*, Bazzo S.**, Moino G.*, Battistella G.***
 *U.O. di Alcolologia del Ser.T1 TV - Dip. Dipendenze dell'Az.ULSS n.9 di Treviso, Regione Veneto
 **Università degli Studi di Trieste
 ***U.O. Controllo di Gestione - Dip. Piani e Programmi dell'Az.ULSS n.9 di Treviso, Regione Veneto

Si presenta la strategia di ricerca descrittiva prope-
 deutica al progetto di prevenzione e sensibilizzazione
 sul FASD (Fetal Alcol Spectrum Disorder) "Kambio
 Marcia: mamma beve bimbo beve", dell'Azienda
 ULSS 9 di Treviso. E' stata svolta un'indagine conoscitiva,
 articolata in quattro studi rivolti ai target di
 popolazione più coinvolti nel problema alcol, gravi-
 danza e allattamento. La strategia di indagine si fonda
 su due presupposti:

- le azioni di sensibilizzazione sul FASD devono esse-
 re precedute da rilevazioni preliminari che permetta-
 no di fare il punto sull'entità del fenomeno e sulle
 conoscenze, sulle opinioni e sugli atteggiamenti ad
 esso collegati nel territorio di riferimento,
- prevenire il FASD significa agire non solo a breve ter-
 mine sulle donne in gravidanza, ma sull'intera comu-
 nità che le circonda, in particolar modo sui professio-
 nisti sanitari che le seguono, sul partner e, a lungo ter-
 mine, sui giovani, future generazioni di genitori.

A partire da tali presupposti, sono stati stabiliti i
 seguenti destinatari di indagine:

- gli operatori sanitari che si occupano di gravidanza
 e infanzia
 - le donne in gravidanza
 - gli adolescenti nell'età della pubertà (14-15 anni)
 - i giovani intorno ai vent'anni.
- Sono stati raccolti 1600 questionari validi:
 450 da operatori socio sanitari
 600 da studenti di terza media inferiore
 300 da giovani allievi delle autoscuole
 250 da donne in gravidanza

Gli studi sono stati condotti da un'equipe di ricercato-
 ri dell'Università di Trieste e dell'azienda sanitaria di
 Treviso negli anni 2009 e 2010.

La finalità generale di ogni studio è conoscere le opi-
 nioni, gli atteggiamenti e i comportamenti relativi alla
 questione del consumo alcolico in gravidanza e al
 FASD. Pur differenti, gli studi si integrano nella defini-
 zione di una panoramica generale organica della
 situazione nel territorio interessato. Gli esiti degli
 studi servono ad individuare i nodi chiave su cui
 costruire e qualificare gli interventi di prevenzione del
 FASD implementabili dall'azienda sanitaria.

48

CONSIDERAZIONI SULLA PRESA IN CARICO E TRATTAMENTO DI DETENUTI STRANIERI TOSSICODIPENDENTI

A cura di Davide Santoro - Responsabile Interventi
 Carcere e Immigrazione - Cooperativa Sociale Atipica
 Dott. Attilio Cocchini Responsabile U.O. Carcere ASL
 Monza e Brianza a nome dell'Equipe del Servizio
 Cooperativa Sociale Atipica - Dott. Adelmo Focchi
 Presidente e Responsabile Scientifico ASL Monza e
 Brianza - Dott. Maurizio Resentini Responsabile
 Dipartimento Dipendenze
 www.atipica.org - info@atipica.org

Le riflessioni nascono dall'intervento continuativo su
 200 casi (oltre 400 contatti) di stranieri dipendenti
 (che in media sono il 35% dell'utenza del servizio U.O.
 Carcere) presso la Casa Circondariale di Monza tra il
 2006 e il 2009. Tra i risultati ottenuti citiamo un tota-
 le di 95 casi di trattamento e presa in carico effettiva di
 cui: 45 programmi alternativi alla detenzione (15 CT e
 30 territoriali) 3 rimpatri, 15 invii/presentazioni ai ser-
 vizi a pena espiata, 32 richieste da altri servizi per pre-
 sentazione spontanea del paziente e una riduzione
 complessiva del 50% dei casi di stranieri segnalati al
 servizio di prevenzione del rischio suicidario (PRAS)
 presente in Istituto.

-Lo Stato Italiano prevede la cura gratuita per gli stra-
 nieri alco-tossicodipendenti extracomunitari presenti
 sia regolarmente che irregolarmente sul proprio terri-
 torio: la condizione amministrativa del paziente stra-
 niero quindi "orienta" l'intervento ma non determina
 l'esistenza o meno di una presa in carico. (Circolare n.
 5 del 5 Marzo 2000 del Ministero della Sanità).

-In questi ultimi anni la normativa sull'immigrazione
 è cambiata spesso, attraverso decreti o leggi, e anche
 tramite circolari e disposizioni di diversi ministeri
 (Salute, Giustizia, Interno), nonché attraverso senten-
 ze della Corte Costituzionale e della Corte di
 Cassazione, per cui è importante sapere che "ogni
 caso ha una sua storia legislativa" e non è possibile
 determinare a priori tipologie di intervento di imme-
 diato utilizzo. La cura non corrisponde ad un titolo di
 soggiorno, ma alla permanenza temporanea in caso di
 impossibilità di cura nel paese di origine.

-Per molti pazienti stranieri presenti irregolarmente
 sul territorio italiano l'accesso ad un servizio per le
 dipendenze anche attraverso il carcere, rappresenta il
 primo e a volte il solo momento di conoscenza e presa
 di contatto con servizi italiani, in quanto la normativa
 non prevede per questi soggetti altri tipi di servizi
 (escluso il Pronto Soccorso).

-Il consumo di sostanze iniziato pre-migrazione, spes-
 so indica l'esistenza di problematiche personali e/o

familiari pregresse da parte del soggetto, mentre il
 consumo iniziato dopo un certo periodo di permanen-
 za in Italia o in altri paesi di migrazione, spesso indica
 difficoltà di integrazione, disagi, traumi o problemati-
 che aggiuntive, intervenute nel corso dello sviluppo
 del proprio progetto migratorio.

-Per verificare il quadro reale di sofferenza e disagio
 del paziente straniero occorre indagarne le caratteri-
 stiche personali, il tipo di progetto migratorio, l'esi-
 stenza di un supporto sociale adeguato e gli eventua-
 li fattori traumatici post-migrazione (compresi i ricon-
 giungimenti).

-Le persone straniere, anche se provenienti dalla stes-
 sa regione o area geografica, possono risultare molto
 differenti per visione del mondo, cultura, età, espe-
 rienze, aspettative (Tunisia, Algeria, Marocco ed Egitto
 non a caso sono 4 stati diversi, così come Ecuador e
 Perù...).

-Spesso le persone straniere non conoscono il sistema
 dei servizi italiano, per cui non comprendono imme-
 diatamente le differenze nelle competenze dei diversi
 servizi e tra le diverse professionalità: occorre non solo
 spiegare ma anche assicurarsi della reale comprensi-
 one per poter creare le condizioni di un proficuo "patto
 terapeutico". Spesso le persone straniere dicono di
 aver compreso per compiacere l'operatore; occorre
 assolutamente superare questo ostacolo.

-E' utile spiegare al paziente straniero le modalità di
 approccio e di trattamento al problema della dipen-
 denza patologica del servizio italiano; è utile farsi illu-
 strare dal paziente quali siano le sue ipotesi di cura
 per il problema che vive al di là dei vissuti frequen-
 temente presenti di colpa e vergogna: da questa inter-
 sezione possono nascere nuovi programmi di inter-
 vento.

-Per comunicare efficacemente con pazienti stranieri,
 se non esiste la possibilità di un mediatore linguistico,
 è importante utilizzare un italiano semplificato, adat-
 tato ai termini maggiormente conosciuti dal paziente;
 è stata verificata l'efficacia di utilizzo di metafore ed
 immagini.

-SE per il paziente ESISTE LA POSSIBILITA' DI RESTARE
 IN ITALIA, la prospettiva di cura può essere rappresen-
 tata dall'apprendere le competenze che gli sono utili
 per tenere in equilibrio la propria origine, adattandola
 alle condizioni di migrante: è proprio questo disequilib-
 rio che spesso crea situazioni di incompatibilità per
 cui l'identità (chi sono io?), già emarginata e/o falli-
 mentare/frustrata, trova una collocazione nella dipen-
 denza.

-SE per il paziente NON ESISTE (AD OGGI) LA POSSI-
 BILITA' DI RESTARE IN ITALIA, la cura può essere rap-
 presentata dalla rielaborazione della propria storia, in
 particolare della fase migratoria, il cui esito può sfo-
 ciare in:

un rientro consapevole in patria (attraverso un trat-
 tamento che preveda la rielaborazione della "vergo-

gna" di un rientro non da trionfatore/conquistatore,
 nonché la costruzione di un reale e sostenibile proget-
 to di vita);

un monitoraggio e sostegno alla condizione attuale (e
 quindi un intervento a bassa evolutività/riduzione del
 danno) anche in condizioni di irregolarità di presenza
 sul territorio dello Stato, in quanto non è detto che il
 paziente abbia ricadute dopo un periodo di tratta-
 mento;

la visione del mondo del soggetto che può portare
 altre soluzioni;

tenere conto che la normativa cambia spesso e quin-
 di cambiano le condizioni di prospettiva.

- Esempio di fasi di intervento:

- 1 Analisi della condizione di sofferenza e disagio
 (indagine storia, migrazione, traumi);
- 2 Individuazione di almeno un problema "personale e
 concreto" riconosciuto dal paziente: alcuni esempi
 possono essere: difficoltà a gestire le emozioni nega-
 tive; incapacità progettuali; difficoltà di relazione con
 gli altri; conflitto con la propria storia personale.
- 3 Riconoscimento condiviso paziente-operatore della
 condizione di problematicità;
- 4 Ascolto delle ipotesi di prospettiva di benessere e
 cura da parte del paziente;
- 5 Spiegazione al paziente del sistema di intervento per
 la cura delle dipendenze patologiche (Ser.T., Comunità,
 Centri semiresidenziali, ecc.);
- 6 Costruzione di un progetto comune operatore-
 paziente che contenga anche più obiettivi di prospet-
 tiva (rientro in patria, permanenza nello stato, ecc.)
 ma che abbia una strategia precisa e condivisa di
 intervento sul problema riconosciuto;
- 7 Avvio del programma con verifiche intermedie sui
 risultati raggiunti dal paziente.

TRACCIA DI POSSIBILI CONTENUTI DEGLI INTERVENTI

AREA PROBLEMA	ASPETTI DA INDAGARE	POSSIBILI RISULTATI
Famiglia e/o affetti	Esistenza di contrasti nella famiglia (ad es. separazioni); Ruolo del soggetto e interazione con la famiglia; codici di comportamento e affettivi di riferimento culturale; sostenibilità della loro messa in discussione da parte del soggetto	Rilettura e ricollocazione nell'esperienza familiare attribuendo responsabilità e acquisendo nuove competenze culturali e relazionali;
Eventi traumatici	Tipologia dell'evento; reazioni e ruolo del soggetto; conseguenze e soluzioni adottate	Rielaborazione dell'evento in un ambiente emotivo di sopportazione sostenibile; acquisizione abilità di gestione di eventi problematici
Progettualità di vita	Elementi fondanti il progetto migratorio: aspetti oggettivi e soggettivi; Aspettative proprie e altrui; Fattori di volontarietà/obbligo della migrazione	Conoscenza delle proprie aspirazioni e bisogni imprescindibili; acquisizione abilità progettuale sulla base delle risorse e limiti personali
Stress migratorio	Condizioni di vita lavorativa, sociale, affettiva nel paese di migrazione; confronto tra vita nei diversi paesi migratori (se esistenti) e paese di origine	Verifica capacità e sostenibilità adattiva alle condizioni di vita nel paese di migrazione; costruzione di un progetto tollerabile
Collocazione identitaria	Vissuti di conflitto tra aspetti della cultura di origine e migratoria. Esistenza di incompatibilità personali pre e post migratorie	Definizione e separazione aspetti personali e di adattamento; acquisizione capacità e sostenibilità di flessibilità adattiva identitaria

"IL FENOMENO DELLA DOPPIA DIAGNOSI: ANALISI DESCRITTIVA DELLE CARATTERISTICHE CLINICHE DEGLI UTENTI DELLA CPA PER DOPPIA DIAGNOSI "LA CELESTE"

Greta S.*, Pankok J.**

*Psicologa - Ricercatrice

**Psichiatra - Psicoterapeuta

IRCCS Fatebenefratelli San Giovanni di Dio, Brescia - CPA La Celeste con sede a Orzinuovi (Bs)

La comorbidità tra disturbi psichiatrici e uso di sostanze, comunemente chiamata "Doppia Diagnosi", rappresenta un'importante sfida oltre ad essere una problematica di rilievo a livello socio-sanitario.

La Comunità "La Celeste" segue un approccio multidisciplinare, aderendo ad un modello bio-psico-sociale integrato, con l'obiettivo di offrire un programma riabilitativo in grado di implementare, negli utenti, il processo motivazionale al cambiamento, il mantenimento dell'astinenza da sostanze ed il compenso psicopatologico.

Le caratteristiche dei pazienti sono le seguenti: età 18-60 anni, Disturbo Psichiatrico (da DSM-IV-TR), Disturbo da Uso di Sostanze (da DSM-IV-TR), maschi/femmine. L'équipe di lavoro è composta da: Psichiatra, Psicologa, Coordinatrice, Educatori Professionali, Infermieri, OSS. Il programma terapeutico prevede quattro fasi: 1° Fase: Valutazione e stabilizzazione psico-fisica; 2° Fase: Incrementare la motivazione; 3° Fase: Implementare il funzionamento; 4° Fase: Ritorno al territorio.

Da Marzo 2006 a Luglio 2010 sono stati effettuati 110 ingressi, e sono stati, ad oggi, sottoposti a valutazioni 100 pazienti mediante: SCID I-II, MMSE, BPRS, HDRS, PANSS, GAF-CGI, FPS, STAI S-T, BDI, BIS-11, TCI, WHOQOL-SRPB, WHOQOL-breve, SIB.

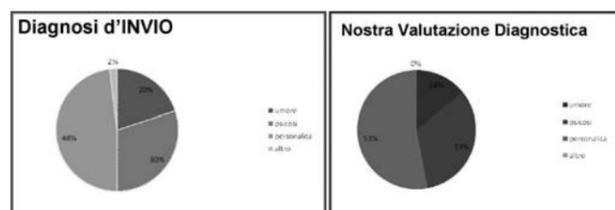
Tab 1 - Dati Sociodemografici

SESSO	M: 75,8% F: 24,2%
ETA'	37,1 anni (ds = 9,2)
TITOLO DI STUDIO	72% licenza media 15% diploma di scuola superiore 10% licenza elementare 74% interruzione percorso d'istruzione
STATO CIVILE	67% celibe/nubile 25% separati/divorziati 7% coniugati
OCCUPAZIONE	72% disoccupato ◊ 39% pensione invalidità 18% ha un'occupazione (part/full time)
CON CHI VIVE	27% con la famiglia d'origine 26% altra istituzione (strutture psichiatriche) 24% solo 10% con la famiglia costituita
FAMILIARITA' psr	48% patologie psichiatriche ◊ 25% tra conviventi
PATOLOGIE PSICHIATRICHE	61% uso di sostanze ◊ 60% tra conviventi
FAMILIARITA' psr	48% disturbi cardio-vascolari
PATOLOGIE MEDICHE	36% diabete 35% ipertensione 29% patologie neurologiche 21% patologie epatiche

Sono state effettuate analisi che dimostrano come l'età media dei pazienti si stia gradualmente abbassando, passando da 39,2 aa nel 2006 a 32,4 aa nel 2009. E' stato fatto un confronto tra l'età d'esordio del Disturbo Psichiatrico e tra l'Esordio di Abuso di Sostanze, stratificandole in base alla tipologia, osservandone le differenze. Si evince che la fascia critica, più a rischio, rimane quella adolescenziale (alcol, THC); preoccupante è l'esordio di abuso di Cocaina, che coinvolge diverse fasce d'età.

Si sono, inoltre, osservate differenze tra le Diagnosi d'Invio e le Diagnosi effettuate presso la nostra CPA (Tab. 2).

Tab 2 - Confronto tra Dignosi d'Invio e valutazione Diagnostica presso la nostra CPA



Si evince, quindi, la necessità di Diagnosi il più accurate possibili, per interventi adeguati (farmacologico), soprattutto attraverso un'adeguata Diagnosi Differenziale tra Bipolari e Borderline. La "Doppia Diagnosi" più frequente: Dist. Personalità - Poliusatori (67%).

Si riscontra dalle analisi un'elevata correlazione tra i test somministrati, a conferma di attendibilità ed accuratezza della valutazione clinica (Tab. 3). Si riscontrano, inoltre, punteggi migliori in Dimissione, a dimostrazione dell'efficacia trattamento.

I Punteggi ai test riguardo a sintomatologia psicotica (PANSS), funzionamento sociale (FPS), e gravità di malattia (CGI), risultano peggiori nei Disturbi Psicotici., e migliori nei Disturbi dell'Umore.

Tab. 3 - Correlazioni tra test

SESSO	M: 75,8% F: 24,2%
ETA'	37,1 anni (ds = 9,2)
TITOLO DI STUDIO	72% licenza media 15% diploma di scuola superiore 10% licenza elementare 74% interruzione percorso d'istruzione
STATO CIVILE	67% celibe/nubile 25% separati/divorziati 7% coniugati
OCCUPAZIONE	72% disoccupato ◊ 39% pensione invalidità 18% ha un'occupazione (part/full time)
CON CHI VIVE	27% con la famiglia d'origine 26% altra istituzione (strutture psichiatriche) 24% solo 10% con la famiglia costituita
FAMILIARITA' psr	48% patologie psichiatriche ◊ 25% tra conviventi
PATOLOGIE PSICHIATRICHE	61% uso di sostanze ◊ 60% tra conviventi
FAMILIARITA' psr	48% disturbi cardio-vascolari
PATOLOGIE MEDICHE	36% diabete 35% ipertensione 29% patologie neurologiche 21% patologie epatiche

I soggetti presentano Profili Personologici - Temperamento e Carattere - disfunzionali e disadattivi (Cloninger, '94), ottenendo elevati punteggi in: Ricerca Novità, Evitamento Danno, Autotrascendenza,

INDIVIDUAZIONE DI CRITERI OGGETTIVI PIÙ SENSIBILI E SPECIFICI PER LA DIAGNOSI DI ABUSO CRONICO DA ALCOL

Sciutteri B.*, Alois S.****, Bignamini E.*, De Bernardis A.****, Pirro V.**/***, Vincenti M.**/***, Salomone S.**, Pellegrino S.**

*Dipartimento Dipendenze 1-A.S.L. TO2 Torino;

**Centro Regionale Antidoping "A. Bertinaria"

Orbassano (Torino);

***Dipartimento di Chimica Analitica - Università degli Studi di Torino;

****Dipartimento Dipendenze- A.S.L. TO4 Ciriè (Torino)

Introduzione

L'etanolo, pur rientrando tra le sostanze considerate d'abuso, è una sostanza lecita e, pertanto, liberamente in commercio. L'abuso di alcol è un fenomeno in costante crescita che si ripercuote su diversi campi della vita del consumatore: sul piano fisico, socio-relazionale, lavorativo. Negli ultimi anni è progressivamente aumentato il numero di grandi consumatori, si è abbassata l'età del primo consumo e degli episodi di etilismo acuto. Pertanto, anche se il gruppo più visibile di popolazione interessata è quella che ha ormai sviluppato la cosiddetta sindrome da alcol-dipendenza (comunemente definita alcolismo), il gruppo di consumatori più numeroso è certamente quello sommerso, cioè costituito da soggetti che hanno sviluppato un bere problematico anche senza esserne strettamente dipendenti. Questo gruppo deve essere il bersaglio primario della prevenzione secondaria di un programma sanitario.

La diagnosi di abuso alcolico e le procedure da adottare per il riconoscimento tempestivo dei problemi e patologie alcol-correlati (PPAC) prevedono un approccio multidisciplinare che consiste nella somministrazione di questionari self-report, esami clinici e ricerca di bio-marcatore.

I bio-marcatore tradizionalmente utilizzati per i controlli relativi all'assunzione di alcol sono quelli raccolti nel pannello EDAC (Early Detection of Alcohol Consumption). Questi comprendono la determinazione di: volume corpuscolare medio (MCV), aspartato transaminasi (AST), alanina transaminasi (ALT), gamma-glutamyl transferasi (GGT), fosfatasi alcalina (ALP), colesterolo, trigliceridi. A questi si aggiunge la transferrina carboidrato carente (CDT).

Negli ultimi anni, a questi marcatori tradizionali si è affiancata la determinazione di marcatori di nuova generazione, tra cui l'Etilglucuronato (EtG) che, essendo un metabolita diretto dell'alcol rappresenta attualmente il più promettente marcatore di riconoscimento di abuso alcolico. In quanto marcatore diretto, l'EtG presenta minori carenze diagnostiche in termini di sensibilità e specificità rispetto ai marcatori tradizio-

nali. Dopo l'ingestione di alcol, l'Etilglucuronato è rilevabile nel sangue per alcune ore, nell'urina per alcuni giorni e infine nei capelli (se l'assunzione di alcol è in quantità tali da permetterne l'incorporazione) fino ad alcuni mesi di distanza. Inoltre, la sua determinazione quantitativa nel capello è utile a discriminare tra le diverse categorie di consumatori. Questa capacità di discriminazione è ormai riconosciuta anche dalla Comunità Internazionale; il 16 Giugno 2009, infatti, la *Society of Hair Testing* ha fissato a 30 pg/mg il valore soglia di concentrazione di Etilglucuronato nel capello da utilizzare per distinguere i consumatori occasionali da quelli problematici.

Inoltre, la matrice cheratinica comporta ulteriori vantaggi di tipo pratico rispetto ad altre matrici biologiche come la possibilità di essere prelevata anche da personale non medico, la non invasività del campionamento, la facilità di conservazione del campione stesso.

Attualmente la determinazione dell'EtG nel capello trova applicazioni per la diagnosi di abuso cronico di alcol; il monitoraggio di pazienti in astinenza; la verifica dell'idoneità alla guida e a mansioni lavorative che comportano rischi per la sicurezza propria e di soggetti terzi.

Obiettivo

Lo scopo principale del progetto di ricerca è confermare l'elevata specificità e sensibilità dell'Etilglucuronato come marcatore di abuso alcolico, quando si utilizzino 30 pg/mg come valore limite. Altri obiettivi del progetto sono rappresentati da: valutare la possibilità di utilizzare matrici cheratiniche alternative ai capelli, quali peli pubici o ascellari per il riconoscimento dell'abuso etilico, ed utilizzare un'analisi statistica multivariata per correlare i diversi parametri contenuti nel pannello EDAC con il valore di EtG nei capelli. Tale correlazione sarà valutata attraverso strumenti tipici della statistica e della chemiometria (es. analisi dei componenti principali), una disciplina autonoma della Chimica Analitica che si propone di estrarre la massima informazione utile dallo studio di dati multivariati. In questo modo si ritiene di poter ottenere un'evidenza oggettiva che diverse concentrazioni di EtG siano effettivamente, e strettamente, connesse ad alterazioni di valori biologici tipici dell'alcolismo e di poter selezionare i marcatori tradizionali che, insieme all'EtG, contribuiscono maggiormente a discriminare i consumatori.

Per la realizzazione del progetto è pertanto essenziale coinvolgere soggetti che afferiscono ai Dipartimenti di Patologia delle Dipendenze, in modo tale da poter analizzare campioni provenienti da soggetti equamente ripartiti tra consumatori cronici, occasionali e astinenti, e di cui siano note le abitudini al consumo di alcolici e la storia clinica.

Metodologia

Ad oggi sono stati reclutati circa 120 soggetti. Ad ogni paziente sono stati prelevati campioni di sangue e di capelli, peli pubici ed ascellari; è stato inoltre chiesto di compilare un questionario anamnestico volto a raccogliere le informazioni sulle abitudini all'assunzione

di alcolici, in particolare su quale fosse la frequenza del consumo e la quantità assunta. Altre voci da compilare erano relative alla situazione clinica del paziente (farmaci assunti, patologie pregresse o in atto). Sui campioni biologici prelevati sono state svolte le analisi tossicologiche e chimico-cliniche, finalizzate alla determinazione dell'EtG, della CDT e dei parametri del pannello EDAC. In particolare la determinazione dell'EtG è stata effettuata mediante analisi in HPLC-MS/MS con una procedura operativa accreditata secondo la norma UNI CEI EN ISO/IEC 17025:2005. La determinazione dei parametri del pannello EDAC è stata effettuata con le consuete tecniche chimico-cliniche, mentre quella della CDT è stata svolta mediante analisi in HPLC-UV. I risultati relativi a tutti i parametri determinati sono stati utilizzati per le analisi statistiche e chemiometriche. Tutte le valutazioni sono state condotte con l'utilizzo del software statistico SPSS, versione 16.

Conclusioni

I marcatori tradizionali, benché utili alla determinazione dell'esposizione all'alcol in quanto subiscono variazioni in caso di consumo smodato di etanolo, sono influenzati da molti fattori, quali patologie epatiche di origine non alcolica, abuso di farmaci, fattori ormonali e variabilità genetica; di conseguenza essi difettano di sensibilità e specificità diagnostiche e di valore predittivo rispetto all'EtG, come confermano i dati raccolti sino ad ora. In particolare: l'Etilglucuronato nel capello presenta una elevata specificità e sensibilità come marcatore di abuso alcolico quando si utilizzino 30 pg/mg come valore limite; l'attendibilità del dato analitico fornito dalla determinazione dell'EtG nel capello, non trova riscontro nelle matrici cheratiniche alternative, quali peli pubici e ascellari, frequentemente prelevati in alternativa ai capelli, ad esempio in soggetti calvi o rasati; le curve ROC mettono in evidenza la scarsa sensibilità della CDT, sebbene negli ultimi anni sia stato utilizzato come marcatore per la conferma di abuso alcolico cronico. Inoltre appare evidente come un aumento significativo della CDT si verifichi solo nei casi in cui il fenomeno dell'abuso sia particolarmente intenso; l'analisi chemiometrica dei componenti principali mostra come tra tutti i marcatori tradizionali quelli più utili a discriminare tra consumatori cronici e occasionali/astinenti siano AST, ALT, GGT e CDT.

Le variabili colesterolo e trigliceridi appaiono confondenti ai fini della classificazione. In ultimo ALP e MCV sembrano ininfluenti, sebbene quest'ultima presenti una buona specificità. L'analisi dei componenti principali evidenzia anche il netto miglioramento nella separazione dei consumatori cronici da quelli occasionali/astinenti quando si inserisca anche l'EtG come variabile, in aggiunta ai quattro marcatori tradizionali più significativi. Questi risultati suggeriscono che la determinazione della CDT sia inserita nei protocolli di screening, mentre la determinazione dell'EtG nel capello rappresenti l'unico test attendibile per la conferma di diagnosi di abuso alcolico cronico.

51

L'INTERVENTO SUL GAP IN UN SER.T DI MILANO

Autori: Stellato C.*, Micheli D.**,
Zita G.***, Cozzolino E.****

* *Medico Responsabile Struttura Semplice Ser.T Via Boifava - Milano*

** *Educatore Professionale Ser.T Via Boifava - Milano*

*** *Medico Psichiatra Ser.T: Via delle Forze Armate - Milano*

**** *Direttore Ser.T 1 Asl di Milano*

Negli ultimi anni abbiamo assistito ad una crescente richiesta d'intervento da parte di pazienti con un problema di gioco d'azzardo patologico (GAP) nei Ser.T milanesi.

A seguito di una modifica organizzativa della nostra Azienda che ha richiesto una specializzazione delle sedi, dal 2008 la sede di v. Boifava si occupa di GAP e di abuso/dipendenza da sostanze diverse dagli oppiacei. L'ambulatorio di somministrazione dei farmaci agonisti è stato spostato in un'altra sede ed è stata costituita una specifica équipe che si occupa dei giocatori.

Si è scelto quindi di favorire l'accesso al Servizio di questa tipologia di utenti senza effettuare alcun tipo di pre-selezione e, dopo una valutazione multimodale, di proporre un trattamento di media durata (6-9 mesi) centrato sul sintomo, finalizzato al raggiungimento di obiettivi possibili, specifici e adeguati alla durata stessa del trattamento, sia per favorirne la compliance sia per utilizzare in modo razionale le risorse.

Con tali criteri il trend delle prese in carico ha evidenziato un aumento del 400% nel secondo anno rispetto al primo e del 100% nel terzo anno rispetto al secondo.

Materiali e metodi: sono stati presi in considerazione i casi seguiti dal 2007 fino al 31/7/10.

La valutazione multidisciplinare viene effettuata attraverso colloqui clinici con il medico, lo psichiatra e lo psicologo e l'esecuzione di tests (SCL-90, Tas-20, PBI, SOGS, SLUGS, Cage); viene anche indagata la situazione sociale soprattutto nei versanti economici, lavorativi, legali e debitori.

L'équipe che prende in carico il paziente prevede sempre le figure del medico, dello psicologo e dell'educatore; in funzione delle specificità del caso, ai pazienti vengono proposti diversi tipi di trattamento: psicologici (psicoterapia secondo vari orientamenti, consultazioni individuali e/o familiari), farmacologici (per il controllo dell'ansia, depressione, impulsività, craving), motivazionali, psicoeducativi; sono previste delle valutazioni intermedie a 3, 6 mesi e alla conclusione del trattamento con SCL-90, SOGS e VGF.

I pazienti vengono dimessi al raggiungimento e consolidamento degli obiettivi concordati o, comunque, quando gli obiettivi raggiunti appaiono essere il massimo risultato acquisibile in quel momento.

Per facilitare la raccolta dei dati è stato creato uno specifico strumento di lavoro (scheda GAP) in cui ven-

gono sintetizzati alcuni dati salienti distinti in: dati demografici d'ingresso, condizione socio-relazionale ed economico-debitoria e sintesi della valutazione psicologica, medica, psichiatrica con valutazione della gravità (criteri del DSM-IV, SOGS, classi di Blaszyński) e degli esiti. Questo strumento è stato successivamente informatizzato ed inserito in uno specifico database per una raccolta e analisi più agevole dei dati. Risultati: sono stati seguiti 38 pz, di cui 30 maschi (79%) con un'età media di 45 anni (le donne presentano un'età media più alta: 53 anni) in accordo con la letteratura.

Molti pz. (48%) hanno un basso reddito (categorie 1 e 2 di Hollingshead) e il 61 % del totale ha giocato fino a 1000 euro in un solo giorno. Nel 68% dei casi il gioco prevalente è quello delle slot-machine, tipo di gioco facilmente reperibile, alla portata di tutti.

All'anamnesi risulta che la media di anni di gioco percepito come non problematico è di 9,7 (fase di Custer 3 o 4) e che la media di giorni di astinenza riferiti all'accoglienza è di 27 (o perché non hanno più soldi disponibili oppure perché hanno già raggiunto una sufficiente motivazione che li ha portati a controllarsi).

La maggioranza dei pz. dichiara di rivolgersi al Servizio per la presenza di problemi relazionali e familiari (42%) o per difficoltà economiche (39%). L'88% (dato su 26 pz.) ha debiti, ma solo l'8% ha problemi con la Giustizia.

Diagnostica

All'accoglienza tutti i pz., salvo uno, avevano almeno 5 su 10 criteri DSM per la diagnosi di GAP (media 6,1 criteri) e un VGF di 60 (media su 32 pz.).

Secondo la Classificazione di Blaszyński (5) erano distinti in:

I. giocatori patologici-non-patologici 15 pz. (42%)
II. giocatori emotivamente disturbati 15 pz. (42%)
III. giocatori con correlati biologici 6 pz. (17%)

Nella nostra casistica, la maggior parte dei pz. (72%) gioca senza associare sostanze ad azione psicoattiva e solo 3 (8%) associano alcolici.

Per quanto riguarda l'associazione del GAP a altri disturbi di Asse I e II (risultati su 38 pz.):

- 19 pz. presentavano disturbi di Asse I, Asse II, o Asse I + II,

- 9 non hanno nessun disturbo,

- 10 nessuna diagnosi

Il 39% dei pz. era alestitimico (15 pz. su 35 test validi). Per quanto riguarda il PBI, su 38 pz, 32 (84%) presentavano da 1 a tutti gli item alterati e solo 6 (16%) non avevano alcuna alterazione

Esiti:

- completato 8 21%
- in corso 14 37%
- passato ad altro trattamento 2 5%
- drop-out 14 37%

Dei pazienti presi in carico e trattati negli anni 2007, 2008 e 2009 (36 pz.) solo 2 sono rientrati con una nuova richiesta di cura

Osservazioni e conclusioni:

In un periodo di circa 3 anni abbiamo seguito 38 pazienti che presentavano all'ingresso una diagnosi di

GAP. Di questi, la maggior parte ha completato il trattamento o lo aveva ancora in corso al momento della rilevazione (il 58%).

Un aspetto evidente già dai primi dati è che questi giocatori appartengono a classi economiche poco agiate e che nella maggior parte dei casi giocano alle slot-machine, reperibili facilmente e in luoghi non strettamente deputati al gioco; questo mette in evidenza quanto i giochi, proposti sempre più numerosi e in ambiti poco connotati, riescano a catturare l'interesse di un pubblico sempre più vasto.

Molti di questi pazienti avevano contratto debiti senza tuttavia arrivare ad avere problemi penali. L'evidenza di difficoltà economiche ha spesso consentito ai familiari di accorgersi dell'esistenza del problema: la conseguente, inevitabile, crisi dei rapporti, spesso difficili già in epoche precedenti al gioco (dato anamnestico confermato dagli esiti del PBI) può fornire una motivazione alla necessità di un cambiamento e quindi alla cura. Questa osservazione sembra favorire la necessità di coinvolgere nel trattamento, quando possibile, uno o più familiari. Inoltre la complessità delle problematiche presentate rende indispensabile l'approccio multidisciplinare e il coinvolgimento di altri Servizi che si possano occupare in modo più specifico ad es. della patologia psichiatrica o della situazione debitoria oppure della gestione delle relazioni familiari, indipendentemente dal GAP.

La percentuale molto bassa di rientri, tra i pazienti già trattati, appare essere una conferma dei buoni risultati trattamentali raggiunti e del loro mantenimento nel tempo. Si è osservato che le strategie terapeutiche più efficaci sulla prevenzione delle ricadute, non appaiono essere applicabili a tutti i pazienti; la necessità di ottimizzare l'utilizzo delle risorse disponibili all'interno dei tempi medi previsti per il trattamento (elemento fondamentale per poter garantire i trattamenti al numero più alto possibile di pz), ci spinge a ricercare criteri, da utilizzare nella fase diagnostica, che permettano di individuare con rapidità i trattamenti realizzabili con il singolo pz e più efficaci per lui.

Bibliografia

1. R.Ladouceur et al. (2003) *Il gioco d'azzardo eccessivo* - Centro scientifico editore
2. American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (IV ed.)*- Masson
3. AA.VV. a cura di M. Croce e R. Zerbetto (2001) *Il gioco e l'azzardo. Il fenomeno, la clinica, le possibilità di intervento* - Franco Angeli Editore
4. AA.VV a cura di P. Rigliano (1998) *Indipendenze* - Edizioni Gruppo Abele
5. M.Croce (2003) *Le difficoltà nel riconoscere e trattare le dipendenze non da sostanze - in Personalità/dipendenze - vol.9, fasc.1, giugno 2003*

IL POLIABUSO NEI SERVIZI PER LE DIPENDENZE DI UN'ASL IN PROVINCIA DI MILANO

Strepparola G.*, De Nisco T., Cavalcanti S.*, Curioni R.*, Buzzi M.L.*, Donadeo E.*, Ferrari A.*, Bravin S.*, Torrioni M.*, Lorenzoni V.***, Luppi C.***, Molinaro S.**

* Servizio Territoriale delle Dipendenze ASL Provincia di Milano 2, Melegnano (MI)

** Istituto di Fisiologia Clinica (IFC) del Consiglio Nazionale delle Ricerche, Pisa

1. INTRODUZIONE

Il Servizio Territoriale delle Dipendenze dell'ASL Provincia di Milano 2 opera su un territorio posto a sud-est di del Comune Milano, con una popolazione di circa 500.000 abitanti. Nel 2008 si articolava in tre Unità operative SerT territoriali (Gorgonzola, Melegnano e Rozzano), due Servizi algologici (Gorgonzola e Pieve Emanuele) e una Unità operativa all'interno del Carcere di Opera. Quell'anno ha avuto in carico 1.141 soggetti presso le tre sedi SerT territoriali, 373 soggetti presso i due servizi algologici e 629 utenti presso il Servizio del Carcere di Opera.

I dati sono stati raccolti e gestiti a cura dell'Osservatorio Territoriale del Dipartimento delle Dipendenze, elaborati ed analizzati dagli epidemiologi dell'IFC del CNR di Pisa.

2. IL PROFILO DEL POLIABUSO NEI PAZIENTI DEI SERT

Il 16% dei soggetti che affersce ai SerT territoriali dell'ASL fa uso anche di altre sostanze oltre la primaria. Il comportamento di poliassunzione si osserva in misura maggiore tra gli utilizzatori di oppiacei (19%), rispetto ai soggetti cocainomani (12%) e agli utilizzatori di cannabis (11%).

Il comportamento di poliassunzione risulta inoltre maggiormente diffuso tra le femmine (21% contro il 16% dei maschi) e tra i nuovi utenti (30% contro il 13% dei già in carico).

Emerge un'associazione statisticamente significativa tra poliabuso, sostanza primaria e tipo di presenza all'interno del servizio (vecchi/nuovi utenti).

Tabella 1 - Utilizzatori di oppiacei e cocaina: misure dell'associazione (odds ratio) tra il comportamento di poliassunzione ed alcune caratteristiche dell'utenza in trattamento.

	OR (CI 95%)
utilizzatore di cocaina vs. utilizzatore di oppiacei	0,37(0,24-0,56)
utilizzatore di cannabis vs. utilizzatore di oppiacei	0,27(0,11-0,64)
nuovi utenti vs. già in carico	4,39(2,89-6,66)

Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze - ASL MI2

Distinguendo per sostanza d'abuso primaria, si rileva che tra gli utilizzatori di oppiacei la maggior parte degli utenti associa la cocaina (83%), il 17% i cannabinoidi, il 10% l'alcol e il 4% le benzodiazepine. Il 44% dei soggetti cocainomani associa alla sostanza primaria l'uso di alcol, il 38% assume cannabinoidi e il 29% l'eroina.

La sostanza secondaria maggiormente utilizzata tra gli utilizzatori di cannabinoidi è la cocaina (71%: questo dato corrisponde a soli 5 soggetti) (Tabella 2).

Tabella 2 - Distribuzione percentuale degli utenti in trattamento per uso di oppiacei in base al numero e al tipo di sostanze "secondarie" consumate.

	Oppiacei	Cocaina	Cannabis
Oppiacei	-	29%	0%
cocaina	83%	-	71%
benzodiazepine	4%	0%	0%
altri allucinogeni	0%	2%	14%
cannabis	17%	38%	-
alcol	10%	44%	14%

Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze - ASL MI2

3. IL PROFILO DEL POLIABUSO NEI PAZIENTI DEI SERVIZI ALCOLOGICI

Nel 7% dei soggetti in carico nell'anno 2008 ai Servizi di cura per le alcol dipendenze in ASL MI 2, si rileva un concomitante utilizzo di sostanze illegali.

L'unico fattore che contraddistingue i soggetti poliabusatori dagli altri risulta essere l'età attuale: si rileva, infatti, che per un soggetto di età inferiore ai 45 anni la probabilità di essere un soggetto poliassuntore è 3 volte maggiore rispetto ad un soggetto più anziano (OR:3,92; CI 95%:1,41-10,90).

La maggior parte degli alcolisti poliassuntori fa uso di una sola sostanza illegale (82%) e solo pochi soggetti (4 utenti corrispondenti al 18% dei poliassuntori) associano più sostanze illegali; si osserva soprattutto l'associazione con cocaina (50%) e con cannabinoidi (32%) mentre altre sostanze si rilevano per un'esigua minoranza degli utenti.

4. IL PROFILO DEL POLIABUSO NEI PAZIENTI DEL CARCERE

Oltre a una quota maggiore di soggetti iniettori, tra gli utenti in carico presso l'UO Carcere si osserva anche una proporzione di poliassuntori maggiore di quanto rilevato complessivamente nei SerT: 32% e 16% rispettivamente.

Disaggregando l'utenza per presenza all'interno del servizio (vecchi e nuovi utenti), appare evidente come il poliabuso sia un comportamento diffuso principalmente all'interno della tipologia "nuovi utenti", tra i quali il 70% dei soggetti è un poliassuntore.

Tra gli utilizzatori di oppiacei, un'analogha quota di soggetti fa uso di una (16%) o più sostanze secondarie (11%). La sostanza maggiormente associata agli

oppiacei è la cocaina (90%), ma si rileva anche una discreta quota di associazione con cannabinoidi (29%) e alcol (18%).

Tra i cocainomani si osserva principalmente l'uso di una sola sostanza secondaria (27% del collettivo) mentre solo un 9% usa più sostanze secondarie. Le associazioni più diffuse tra i cocainomani sono quelle con eroina (47%), cannabinoidi (48%) e alcol (26%). Tra gli alcoldipendenti invece il 10% dichiara l'uso di una sola secondaria mentre il 4% ne utilizza almeno due. L'uso di alcol viene abbinato prevalentemente all'utilizzo di cocaina (86%) e in misura minore a quello di cannabinoidi (29%) (Tabella 3).

Tabella 3 - Distribuzione percentuale degli utenti in trattamento per uso di oppiacei in base al numero e al tipo di sostanze "secondarie" consumate.

	oppiacei	cocaina	cannabis	alcol
oppiacei	0%	47%	0%	14%
cocaina	90%	0%	80%	86%
cannabinoidi	29%	48%	0%	29%
alcol	18%	26%	20%	0%

Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze - ASL MI2

5. CONCLUSIONI

Tra i soggetti in carico ai Servizi per le dipendenze in ASL MI 2, il poliabuso di sostanze si presenta con pattern diversi a seconda della tipologia di utenti considerato: la percentuale di poliabuso va dal 7% degli alcolisti, al 16% dei soggetti dei SerT fino ad arrivare al 32% nei soggetti ristretti presso il carcere di Opera. I nuovi utenti tendono ad avere un tasso di poliabuso maggiore in tutte le tipologie considerate e tra gli alcolisti si rileva inoltre una forte differenza influenzata dall'età attuale del soggetto, se maggiore o minore ai 45 anni.

La cocaina è la sostanza secondaria preferita dagli utenti dei SerT e dagli alcolisti, anche se le associazioni si differenziano in base alla sostanza primaria utilizzata: gli eroinomani preferiscono la cocaina, mentre i cocainomani prediligono associare gli alcolici e, viceversa, gli alcolisti la cocaina. La popolazione degli utenti del carcere si contraddistingue per una maggiore tendenza al poliabuso (32% nell'intero collettivo e 70% tra i nuovi utenti).

53

UTILIZZO DELLA PIATTAFORMA "DIPENDENZE" NELLA RETE DEI SERVIZI DI TRATTAMENTO PUBBLICI E PRIVATI DELL'ASL MILANO DUE

Strepparola G., De Nisco T., Salviati S., De Rossi C., Lucchini A.
Osservatorio Territoriale, Dipartimento d. Dipendenze ASL Provincia Milano 2, Melegnano (MI)

Introduzione

L'esperienza presentata origina dal Progetto Sesit e dalle indicazioni dell'Osservatorio Europeo delle Tossicodipendenze che identificano quale obiettivo prioritario la disponibilità di informazioni comparabili e attendibili sulle caratteristiche delle persone sottoposte a trattamento per il consumo di droga e alcol.

Questo obiettivo ha una duplice funzione: una di carattere epidemiologico, per lo studio dei modelli di consumo problematico e di trattamento, per l'identificazione dei modelli di accesso ai servizi, per pianificare e valutare le attività erogate dai servizi. L'altra di carattere clinico, poiché l'aver informazioni complete sulle caratteristiche dei soggetti in trattamento e sulla loro storia clinica nell'ambito dei servizi specialistici per le tossicodipendenze è un aspetto non secondario del trattamento stesso, funzionale ai processi anamnestici e diagnostici.

A seguito del Progetto Sesit in tutti i servizi pubblici dell'area Dipendenze della Lombardia è stata adottata una cartella clinica informatizzata che è in grado di produrre un output uniforme rispetto agli standard definiti dal protocollo nazionale. Tale piattaforma permette di raccogliere informazioni relative alle caratteristiche anagrafiche dell'utenza, alla definizione di aspetti salienti della problematica per cui si prende in carico l'utente (sostanze di iniziazione, primo contatto con la rete trattamentale, problematiche legali) e al trattamento (terapie avviate, diari clinici, relazioni ufficiali, esami strumentali).

Il progetto Sesit indicava come rilevante il coinvolgimento delle strutture del privato sociale poiché costituiscono un nodo significativo della rete del trattamento e quindi da considerare parte integrante della catena informativa. Nel territorio dell'ASL Milano 2 si è attivato nel corso del 2009 un percorso di sperimentazione per il coinvolgimento delle strutture del privato sociale all'interno del sistema nella rete informativa.

Descrizione del progetto

La fase di start-up del processo ha previsto degli incontri per la promozione del coinvolgimento delle strutture del privato sociale all'interno della piattaforma Dipendenze. Nel territorio dell'ASL Milano 2 hanno aderito al progetto 4 Unità d'Offerta (UDO)¹. Ulteriore obiettivo degli incontri iniziali era l'acquisizione di conoscenze sui sistemi informativi e sui bisogni speci-

fici delle singole UDO. Si è potuto così comprendere come le strutture avevano sviluppato sistemi propri di gestione delle informazioni di cui la parte principale veniva raccolta su supporto cartaceo (relazioni, diari, esami ecc.). L'informatizzazione era invece circoscritta ai dati richiesti per la soddisfazione dei debiti informativi, ad aspetti amministrativi e ad alcuni dati sulle caratteristiche dell'utenza. I programmi locali presentavano notevoli specificità legate in particolar modo ai vari modelli di intervento ed erano quindi poco idonei a soddisfare i requisiti di standardizzazione e omogeneità richiesti dall'Osservatorio Europeo e alla realizzazione di studi sull'utenza in trattamento, anche a livello locale, funzionali alla programmazione territoriale.

La difficoltà maggiore riscontrata è il passaggio da un sistema cartaceo adattato alla propria realtà e al proprio modello di intervento ad un sistema informatico di gestione della cartella clinica costruito sulla base di altre esigenze².

Per affrontare tale criticità l'Osservatorio Territoriale del Dipartimento Dipendenze ha costituito un gruppo di lavoro con soggetti portatori di interessi sia del pubblico che del privato sociale. Tale gruppo ha attivato due processi: da una parte l'adattamento del programma secondo le esigenze delle unità d'offerta ma compatibilmente con la necessità di standardizzare le informazioni raccolte; dall'altra un capillare lavoro di traduzione dei linguaggi e dei significati presenti nella Piattaforma che consenta alle UDO di ricollocare il loro lavoro all'interno delle codifiche presenti nel programma facendo proprio lo strumento. Tale attività è stata supportata dalle seguenti azioni:

- formazione e supporto agli operatori delle comunità. La formazione, che ha previsto un forte investimento iniziale ha di fatto costituito in questi primi sei mesi un'attività continua dato il turnover degli operatori e la complessità del programma che è emersa dalla sua applicazione. L'attività di formazione si è nel tempo trasformata in incontri di supporto e verifica in sede e con l'attività di help-desk telefonico.
- stesura del manuale tecnico di utilizzo del software costruito ad hoc per le comunità e dall'aggiornamento del manuale per i servizi.

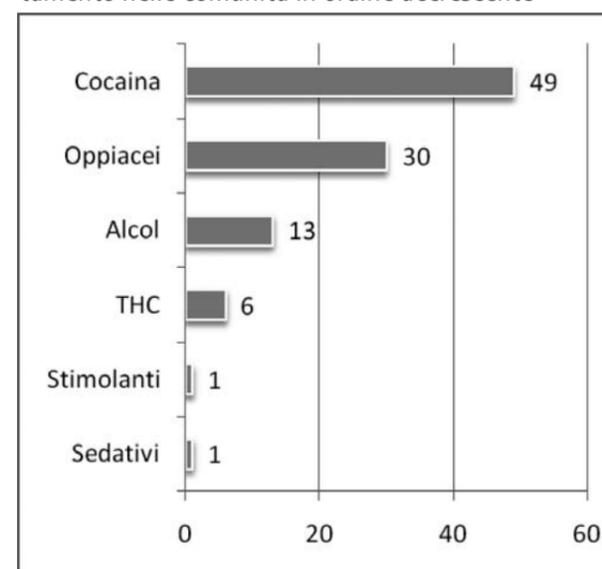
Un ulteriore elemento di criticità emerso è il passaggio da un sistema gestito autonomamente ad uno che prevede il coinvolgimento di più unità d'offerta e di servizi e che viene gestito a livello centrale dal Dipartimento delle Dipendenze. La condivisione di informazioni con altri servizi ha rappresentato in queste fasi iniziali un elemento di discussione, sia da parte degli operatori dei servizi pubblici sia da parte degli operatori delle UDO. Questa caratteristica del processo è stata trattata e restituita nei vari incontri realizzati come una potenzialità e innovazione nei rapporti tra servizi pubblici e privati. Per sostenere gli operatori in questo passaggio sono state introdotte alcune soluzioni operative:

- l'individuazione di due referenti uno specifico per i servizi pubblici ed uno specifico per le UDO con la funzione di mediazione tra le varie unità della rete che, grazie ai poteri di amministrazione del sistema, sono in grado di gestire le problematiche legate alla gestio-

Tab. Distribuzione della sostanza primaria negli utenti in trattamento nelle comunità

	Sostanza primaria	
	N	%
Oppiacei	30	30%
Cocaina	49	49%
Stimolanti	1	1%
Sedativi	1	1%
Alcol	13	13%
THC	6	6%
Totale	100	100%

Graf. Distribuzione percentuale della sostanza in trattamento nelle comunità in ordine decrescente



ne condivisa delle informazioni in tempi brevi;

- la definizione di procedure per la gestione condivisa delle cartelle formalizzate attraverso un protocollo che esplicita le modalità con cui affrontare le problematiche nate dalla condivisione tra due o più servizi. L'obiettivo è quello di far sì che le Unità Operative siano sempre più autonome nella gestione dei conflitti valorizzando il contatto diretto tra comunità e servizi pubblici e facilitando un maggior interscambio tra i nodi della rete;
- momenti di confronto tra operatori del pubblico e del privato sociale utili sempre per favorire l'integrazione e per raccogliere feed-back sul programma funzionali al suo miglioramento.

L'operatività, grazie a queste azioni, ha di fatto sostenuto e alimentato le potenzialità della condivisione e la possibilità di ricevere in tempo reale gli aggiornamenti dalle altre strutture dove l'utente è in trattamento, viene ora considerata un elemento di forza.

Fotografia attuale del processo

Gli operatori delle UDO inseriti nel sistema sono 37, prevalentemente figure educative (57%) e psicologiche (19%); molto meno presenti risultano gli assistenti sociali e le figure sanitarie, che in alcune strutture sono addirittura assenti.

Il numero di utenti in carico alle comunità presenti nella piattaforma Dipendenze nel periodo 1 gennaio - 30 giugno 2010 è pari a 100, di cui 56 gestiti esclusivamente dalle comunità in quanto provenienti da Servizi extraterritoriali e 44 gestiti in condivisione con i Servizi pubblici ASL Milano 2: 41 in carico ai Ser.T. e 3 in carico al Servizio di Alcologia. Il rapporto tra utenti territoriali ed extraterritoriali (44/56=0.79) rappresenta un indicatore dell'esito del processo di integrazione e di messa in rete tra i soggetti pubblici e privati del territorio che verrà utilizzato per la valutazione del percorso futuro. Questa breve sperimentazione permette già di fruire di dati legati ad alcune caratteristiche dei soggetti in trattamento nelle strutture comunitarie e di sviluppare dei confronti con le caratteristiche dei soggetti in trattamento ambulatoriale.

Dall'analisi della sostanza d'abuso primaria si può osservare come le strutture del privato sociale hanno in carico una percentuale di utenti per problemi di cocaina significativamente maggiore (49%) di quella relativa ai problemi legati agli oppiacei (30%). Se si considera anche il dato delle sostanze secondarie dove la cocaina viene segnalata in un quinto del campione viene confermato un significativo cambiamento per l'utenza anche per i trattamenti residenziali

Conclusioni

Già da questa prima fase è stato possibile avere un arricchimento dei dati e delle informazioni associate all'utenza in trattamento che permetteranno in futuro di realizzare degli studi ad hoc sui percorsi di trattamento integrato. Il processo di integrazione costituirà uno stimolo per potenziare la comunicazione tra pubblico e privato permettendo a tutte le strutture che hanno in carico l'utente di avere in tempo reale l'aggiornamento sul trattamento.

¹ Comunità "Il Molino della Segrona" (Cooperativa Sociale Sette ONLUS), Centro Accoglienza "Cascina Mazzucchelli" e Centro Accoglienza "Cavaione" (Padri Somaschi), Addiction Center Lacchiarella (Cooperativa Lotta contro l'Emarginazione) / Ser.T. di Gorgonzola, Ser.T. di Vizzolo Predabissi, Ser.T. di Trezzo sull'Adda e Ser.T. di Rozzano, N.O.A. di Gorgonzola e N.O.A. di Pieve Emanuele.

² "Una applicazione è di successo quando i benefici che l'utilizzatore ottiene sono superiori ai costi che lo stesso deve sostenere" (Francesco Pincioli, La Cartella Clinica Informatica. Fra attesa di tecnologie più adatte e mancato uso di prestazioni pronte).

54

SCL-90-R IN 3 CAMPIONI DI TOSSICODIPENDENTI TRATTATI IN TRE CONTESTI AMBIENTALI DIFFERENTI: SER.T, CON TRATTAMENTO PREVALENTEMENTE SOSTITUTIVO, CARCERE, CON TRATTAMENTO ESCLUSIVAMENTE PSICOSOCIALE, E COMUNITÀ, CON TRATTAMENTO PREVALENTEMENTE PSICOSOCIALE

AUTORI: Taranto A.*, Poggi C.*, Brizzi G., Pagliarulo A.R.**
*DDP Bari, **C.T. Lorusso Cipparoli, Giovinazzo (BA)
*antonello.taranto@auslba2.it

RIASSUNTO

L'SCL-90-R somministrato a tre campioni di tossicodipendenti trattati in contesti ambientali differenti, più un campione di controllo, evidenzia alcune caratteristiche fortemente variabili in relazione al contesto ambientale e altre che, invece, appaiono più costanti.

INTRODUZIONE

Il tema delle tossicodipendenze comporta inevitabili implicazioni di carattere etico, religioso, sociale e politico che hanno spesso trasformato il dibattito scientifico su droghe e drogati in una specie di battaglia fra contrapposte ideologie. Pertanto, ancora oggi, si sente il bisogno di aumentare il grado di obiettività nella raccolta di dati e nella loro analisi.

Ipotesi

A partire dai presupposti teorici delineati, si formulano le seguenti ipotesi:

- i contesti ambientali influenzano l'espressione della tossicodipendenza;
- il paradigma essenziale della tossicodipendenza potrebbe essere rappresentato da ciò che non subisce cambiamenti in diversi contesti ambientali.

Disegno, Strumenti e Procedura

Il disegno della ricerca è: osservare un campione rappresentativo di tossicodipendenti in contesti ambientali differenti; gli strumenti disponibili sono: un SerT, un Carcere, una Comunità Terapeutica, le relative équipes e gli ordinari strumenti diagnostici e di monitoraggio clinico. In particolare si utilizza come strumento di valutazione clinica generale l'SCL-90-R (Derogatis, 1977). Per il calcolo della significatività di eventuali differenze fra i campioni si decide di utilizzare il test "t" di Student; procedura: individuare un campione di tossicodipendenti da eroina (più eventuali droghe secondarie) con diagnosi certificata, secondo i criteri DSM IV, da almeno 5 anni, che, negli ultimi 2 anni, siano stati in

carico ad almeno 2 dei 3 contesti ambientali di osservazione (SerT, Comunità o Carcere), stabilità nel contesto ambientale da almeno 3 mesi, e far compilare la rating scale SCL 90-R. Quindi elaborare statisticamente i risultati e trarne le conclusioni.

Soggetti

Vengono reclutati, nell'intervallo di tempo T0-T1, tutti i pazienti che accedono al SerT di Molfetta, al carcere di Trani e alla Comunità terapeutica Lorusso Cipparoli di Giovinazzo più 15 soggetti di controllo, reclutati a caso. Si formano, così, i seguenti gruppi:
Gruppo SerT: 17 soggetti, (di cui 14 in trattamento metadonico a mantenimento e integrato e 3 solo psicosociale);
Gruppo CT: 13 soggetti, (di cui 5 assumono anche terapia metadonica a mantenimento);
Gruppo Carcere: 21 soggetti, (tutti in trattamento solo psicosociale);
Gruppo di Controllo: 15, di cui nessuno in trattamento specifico.

RISULTATI

Di seguito riportiamo i risultati ottenuti:

a) Descrizione dei profili di sofferenza psichiatrica riscontrati nei sottogruppi.

Tabella n. 1 - *Punteggio medio e deviazioni standard nelle singole scale per tipologia di soggetto*

	TD detenuto		TD in trattamento Ser.T		TD in comunità		Controllo	
	medi	dev	medi	dev	medi	dev	medi	dev
	a	stnd	a	stnd	a	stnd	a	stnd
Somatizzazione	1,44	0,91	0,50	0,51	0,57	0,52	0,31	0,39
Ossessività	1,55	0,88	0,74	0,58	0,68	0,58	0,39	0,43
Sensibilità	1,11	0,80	0,56	0,67	0,58	0,54	0,30	0,25
Depressione	1,59	0,79	0,63	0,51	0,52	0,46	0,28	0,31
Ansia	1,50	0,83	0,51	0,56	0,66	0,82	0,29	0,30
Collera	1,60	0,91	0,49	0,58	0,64	0,77	0,49	0,76
Ansia fobica	0,69	0,83	0,25	0,48	0,27	0,28	0,10	0,18
Paranoia	1,48	0,93	0,68	0,80	0,65	0,51	0,41	0,42
Psicoticismo	1,19	0,76	0,41	0,71	0,40	0,55	0,16	0,28
TOTALE CASI	21		17		13		15	
ISI	1,4		0,55		0,55		0,29	
SD	7		5		1		3	
SDI	2,12		1,55		1,37		1,35	

Figura n. 1

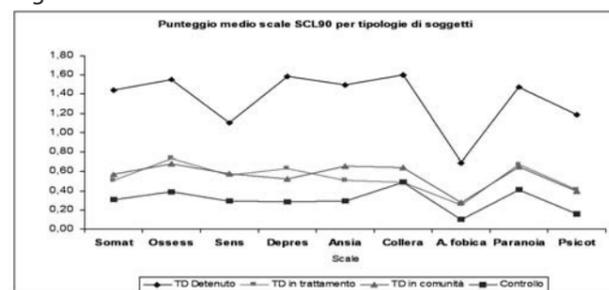


Tabella n. 2 - *Test t di Student: confronti a coppie.*

	TD Carcere vs TD Ser.T		TD Carcere vs TD Comunità		TD Carcere vs Controllo	
	t	sig.	t	sig.	t	sig.
Somatizzazione	3,992	0,000	3,548	0,001	5,067	0,000
Ossessività	3,261	0,002	3,136	0,004	5,237	0,000
Sensibilità	2,231	0,032	2,271	0,030	4,325	0,000
Depressione	4,305	0,000	4,989	0,000	6,872	0,000
Ansia	4,222	0,000	2,871	0,007	6,133	0,000
Collera	4,593	0,000	3,180	0,003	3,883	0,000
Ansia fobica	2,024	0,051	2,094	0,046	3,107	0,005
Paranoia	2,811	0,008	3,339	0,002	4,636	0,000
Psicoticismo	3,248	0,003	3,257	0,003	5,712	0,000

L'analisi della tabella n.1 e del grafico che ne consegue (figura 1), ci permettono di avanzare le seguenti osservazioni:

1. I tossicodipendenti detenuti evidenziano un livello di "sofferenza" decisamente più elevato in tutte le 9 dimensioni rispetto agli altri tre gruppi investigati.
2. I punteggi dei due gruppi di tossicodipendenti trattati (sia nel Ser.T, con metadone, sia in Comunità con prevalente trattamento psicosociale) si avvicinano maggiormente ai punteggi rilevati nel gruppo di controllo che non a i punteggi riscontrati tra i tossicodipendenti detenuti.
3. Per ciascuno dei gruppi considerati, la dimensione in cui si evidenzia maggiore sofferenza è l'ossessività-compulsione. Per i TD detenuti è molto alta anche la collera.
4. Dalla tabella n. 2 appare evidente che ansia fobica e sensibilità sono due dimensioni relativamente invarianti in tutti e tre i contesti esaminati, in quanto non emergono differenze statisticamente significative nei tre gruppi di utenti individuati

DISCUSSIONE

Prima conclusione: la tossicodipendenza è una malattia ad elevato valore di sofferenza psichica. E ciò prescinde dalla organizzazione dei segni e sintomi in definite sindromi psichiatriche.

Seconda conclusione: la condizione di detenzione sembra avere un effetto di risonanza della sofferenza del tossicodipendente!

Terza conclusione: le dimensioni psicopatologiche che non presentano differenze significative e che, quindi, possono essere indipendenti dal contesto ambientale sono l'ansia fobica e la sensibilità. Queste forme di disagio sono sempre presenti nei tossicodipendenti da noi studiati, siano essi in carcere, nel territorio o in comunità e siano essi in trattamento metadonico o psicosociale.

Per BIBLIOGRAFIA e maggiori dettagli sui contenuti di SCL-90-R: antonello.taranto@auslba2.it
Particolare ringraziamento all'équipe SerT dell'Istituto penitenziario di Trani

55

LA SEMIRESIDENZIALITÀ RIABILITATIVA ALCOLOGICA PUBBLICA: L'ESPERIENZA DE "IL FILO DI ARIANNA" DELL'ASL NA2 NORD

Vanni M., Del Vecchio R., Luciano M., Musella G., Lucignano F., Papaleo A.M., Schiano V., Marsicano M.L., Di Lauro G.

Introduzione

Nei servizi per le dipendenze della nostra ASL, negli ultimi tre anni, in analogia a quanto accaduto nel panorama nazionale, si sono registrati importanti cambiamenti riguardanti la tipologia dei nuovi utenti: sono aumentati i consumatori di cocaina e alcol, si è abbassata l'età e si sono modificati i modelli di consumo e gli stili di vita degli stessi. Tutto ciò chiaramente richiede la ristrutturazione dei sistemi sanitari per quel che concerne l'assistenza. Per adeguare la risposta ai nuovi bisogni, il Dipartimento delle Dipendenze Patologiche dell'ASL Na2 Nord con l'U.O di Alcologia, in collaborazione col Comune di Pozzuoli, hanno istituito dall'aprile di quest'anno, un centro semiresidenziale per persone con problematiche alcol-correlate e con problemi di uso/abuso di cocaina.

"Il Filo di Arianna"

E' stato ricavato dalla ristrutturazione dei locali del Ser.T e dell'U.O di Alcologia.

L'obiettivo è quello di sperimentare un percorso riabilitativo di tipo educativo, di reinserimento sociale e formazione al lavoro. Il periodo di tempo previsto dal progetto è di 10 mesi e ciò ha creato non pochi problemi nella definizione del target: troppo lungo per un programma breve di diagnosi e orientamento e troppo breve per un programma aftercare. Abbiamo deciso, infine, di destinare il progetto a quei pazienti che avevano mostrato buoni esiti ad altri trattamenti ma che avevano evidenziato difficoltà nella fase di termine programma e quindi nella gestione della separazione. I soggetti reclutati, 6 in tutto, provengono, quindi, già da un percorso ambulatoriale che prevede inizialmente una fase di osservazione e diagnosi che ha come obiettivo un'attenta valutazione delle caratteristiche psico-biologiche, sociali e tossicologiche del paziente. In questa prima fase di sperimentazione sono stati esclusi i pazienti fortemente impulsivi con disturbi borderline o antisociali.

Questa fase in genere è contestuale al trattamento farmacologico dei sintomi dell'astinenza da alcol e del craving. Nella nostra esperienza il GHB si è rivelato il farmaco più efficace grazie anche alla sua maneggevolezza, alla buona tollerabilità, alla quasi assenza di effetti collaterali e tossici. I problemi di abuso o misuse del farmaco (circa il 50% dei casi) sono stati quasi

sempre risolti con la terapia direttamente osservata (D.O.T). Già da diversi anni somministriamo lo stesso farmaco ai cocainomani e anche per questa tipologia di consumatori è risultata efficace. In questa fase sono stati diagnosticati e trattati anche eventuali disturbi psichiatrici associati. Ottenuta la stabilizzazione del quadro clinico, quei soggetti che mostrano una buona aderenza alle cure e ai controlli, ma soprattutto una buona consapevolezza, sono sostenuti nella motivazione ed inseriti in programmi di psicoterapia individuale, di gruppo e familiare. L'équipe è composta da operatori del pubblico e del privato sociale. Quest'ultimi svolgono funzioni di formazione e di accompagnamento alle attività di laboratorio.

Le attività

Le attività sono state strutturate da un lato per sostenere i singoli nel processo di acquisizione di una maggiore consapevolezza di sé, delle proprie risorse e all'accettazione dei propri limiti, dall'altro, più che sulle abilità individuali, mirano al ripristino e al riconoscimento dei ruoli, a potenziare l'autonomia e a valorizzare la capacità di collaborazione e d'integrazione nel gruppo. Le attività terapeutiche su cui si fonda la pratica clinica sono:

- Visite mediche periodiche, monitoraggio dell'uso di sostanze, prescrizione e somministrazione di terapie farmacologiche
- Psicoterapia individuale e di gruppo, colloqui familiari o di coppia
- Laboratorio di ortocoltura e giardinaggio e computer-grafica
- Momenti informali

La "costituzione del gruppo": un'esperienza comune agli operatori e agli utenti

L'integrazione di diversi professionisti, ciascuno con il proprio stile, diversa formazione ed esperienza, è stato un momento molto delicato.

Come l'incontro fra pazienti che, in quest'occasione si sono conosciuti e hanno cominciato a sperimentare la possibilità di stare insieme, così l'interazione tra diversi professionisti, provenienti da vari contesti, ha richiesto dei tempi altrettanto lunghi, necessari per conoscersi e per costruire la giusta intesa e sintonia che rendono coerente e coordinato il lavoro di squadra. Ciò che ha dato "psicoterapeuticità" a tale gruppo, è stato il lento e graduale passaggio avvenuto fra l'essere un raggruppamento di operatori, in competizione tra loro per far prevalere ciascuno la propria opinione e il cominciare a sentirsi come un gruppo che lavora secondo il modello di interdisciplinarietà, fondato sui principi dello scambio e dell'intersoggettività. La molteplicità delle figure professionali, e la loro costante presenza, infatti, è stato in grado di assicurare una migliore funzione di "holding" capace di accogliere un ampio ventaglio di richieste emotive.

Tale presenza, ha inoltre permesso, da un lato, un'osservazione costante e continuativa del gruppo utenti, sfruttando non solo il classico setting ambulatoriale, ma anche momenti di informalità, come la pausa pranzo. Dall'altro, di diluire le emozioni nelle varie relazioni terapeutiche consentendo sia al paziente di

tollerare l'esposizione a rapporti significativi, sia agli operatori di condividere e supportare pesanti fardelli controtrasferali.

I momenti non strutturati

Il pranzo, così come i momenti di tempo libero hanno favorito l'istaurarsi di rapporti costruttivi all'interno del gruppo. Un giorno a settimana per qualche ora gli utenti hanno avuto la possibilità di auto-organizzarsi e di decidere come impiegare il proprio tempo, dedicandosi a diverse attività, alla lettura, al gioco, alla conversazione. Questo momento ha costituito per gli utenti un importante spazio per educarsi alla gestione del tempo libero non pre-strutturato dall'esterno; e per noi operatori un'occasione per utili osservazioni; infatti l'osservazione e l'ascolto empatico nei momenti "informali" ci hanno permesso di conoscere i nostri utenti in maniera più autentica, cosa che difficilmente accade nella relazione strutturata e formale tra operatore-paziente, dove non sempre la persona riesce a manifestarsi liberamente. D'altro canto l'operatore può sperimentare una relazione terapeutica diversa, meno rigida e meno distante, basata sull'alleianza.

Conclusioni

"Il filo di Arianna" è la prima struttura semiresidenziale pubblica presente sul territorio della nostra ASL ad occuparsi di problematiche alcol-correlate mediante la sperimentazione di una metodologia d'intervento che tiene conto delle caratteristiche della nuova tipologia di utenza. Gli interventi multidisciplinari in rete sono in grado di offrire agli utenti tutto ciò che è a loro indispensabile alla risoluzione dei problemi e consentono di svolgere nella stessa struttura le attività sanitarie e gli interventi riabilitativi con un'altra conseguenza non trascurabile, la riduzione dei costi. Gli strumenti di reinserimento sociale sono parte integrante della terapia e al termine di un percorso terapeutico appropriato, può divenire un cofattore essenziale nelle strategie di prevenzione della ricaduta. Il gruppo di lavoro proviene da distinte organizzazioni e i vari professionisti hanno un proprio stile, proprie competenze, una diversa formazione ed esperienza che sono indiscutibilmente una ricchezza ma che hanno richiesto tempi lunghi di lavoro ed impegno per dirigersi verso obiettivi comuni. Il clima armonioso derivante dalla relazione informale ha positivamente inciso sugli stessi utenti che non hanno avvertito uno scollamento derivante, come sopra descritto, dalla diversa formazione ed esperienza degli operatori partecipanti al progetto.

56

INTERVISTA ODAS: L'ESPERIENZA DEI SER.T DI NAPOLI NEL CORSO DELL'ANNO 2010

Curcio F.*, Caracciolo P.**, Franco T.****, Fusaro P.****, Fuscone A.**, Garofano R.**, Losasso C.**, Ruoppolo C.*, Silvestro G.*, Vecchione A.****, Baldassarre C.***.

ASL Napoli 1 Centro

* Specialista Ambulatoriale U.O. Ser.T.

** Dirigente Medico U.O. Ser.T.

*** Direttore S.C. Tutela della Salute Dipartimento Farmacodipendenze

**** Dirigente Sociologo U.O. Ser.T.

***** Responsabile Sistema Informativo Dipartimento Farmacodipendenze

ODAS è una intervista clinica semistrutturata per valutare l'appropriatezza del dosaggio farmacologico in soggetti dipendenti da oppiacei, mirata in particolare per il trattamento con metadone cl. sciroppo; l'intervista valuta l'adeguatezza della posologia assunta dall'assistito nei sette giorni precedenti. Occorre somministrare ODAS a pazienti che abbiano raggiunto lo "steady state" per il dosaggio stabilito. Le risposte vengono fornite con modalità chiusa a scelta alternativa multipla o su una scala analogico-visuale (VAS) fra cinque opzioni proposte tipo Likert, generalmente ordinate o semi-continue. Lo strumento valuta sei caratteristiche del concetto di "dosaggio adeguato": Assunzione di eroina; Blocco narcotico o tolleranza crociata; "Sindrome di Astinenza da Oppiacei" (SAO) - Area Fisica; SAO - Area Psicica; "craving" per l'eroina e sovradosaggio.

Nel caso in cui il risultato indichi un dosaggio non appropriato occorre considerare che esso dipende da altri fattori, a tal fine ODAS è corredata da cinque "Punti Aggiuntivi" non inclusi nel punteggio quantitativo finale. ODAS è uno strumento che aiuta ad ottimizzare il dosaggio di metadone e può essere utilizzato sia in ambito clinico che di ricerca. In alcuni Ser.T. della ASL Napoli 1 Centro è stata somministrata l'intervista a soggetti scelti a caso che rispondessero ai seguenti criteri di inclusione: in terapia di mantenimento da almeno 2 anni, con una posologia stabile da almeno tre mesi. Inoltre, ODAS è stata somministrata anche a soggetti in trattamento con buprenorfina/naloxone ratio 4:1 a mantenimento da almeno due anni e dosaggio stabile del farmaco.

In totale sono state somministrate 134 interviste in 8 Ser.T., 121 (90,3%) a maschi e 13 (9,7%) a femmine; 109 (81,3%) ad assistiti in terapia con metadone cl. sciroppo con dosaggio medio di 100 mg. e 25 (18,7%) a soggetti in terapia con Suboxone(r) con dosaggio medio di 11 mg.

Punteggio ODAS	N°	%
6	0	0
da 7 a 15	4	3
da 16 a 23	41	31
da 24 a 29	46	34
30	42	32
Tot.	133	100

L'analisi dell'uso di sostanze illegali in concomitanza con la terapia con agonisti degli oppiacei mostra che 26/129 (20,2%) assistiti fanno uso di cocaina; 19/127 (15,0%) fa uso di bevande alcoliche; 30/127 (23,6%) fuma cannabis; 19/127 (15%) assume benzodiazepine. Relativamente all'assunzione della posologia di farmaco agonista appropriata, il 68,8% (86/125) degli assistiti non fa uso di eroina. 23/125 (18,4%) utilizzano eroina 1-3 giorni/settimana; 8/125 (6,4%) utilizzano 4-6 giorni/settimana ed 8 ne fanno uso ogni giorno. Con il dosaggio medio sopraindicato (metadone 100 mg/die e buprenorfina 11 mg/die) il 71,5% (83/116) riferisce un blocco narcotico con effetto estremamente intenso; l'assenza del craving per eroina viene riportata nel 66,4% (89/134) dei casi. Gli effetti collaterali più frequenti dei farmaci agonisti sono: alterazioni del ciclo mestruale (11/14 - 78,6%), insonnia (66/131 - 50,4%), stitichezza (62/131 - 47,3%), aumento della sudorazione (55/130 - 42,3%), astenia e dolori muscolari (49/129 - 38,0%), alterazione della funzione sessuale (38/132 - 28,8%).

Si può concludere che ODAS è un valido strumento per la valutazione individuale dell'appropriatezza del trattamento farmacologico, seppure con alcuni limiti costituiti dalla mancanza della valutazione degli stimoli correlati alla sostanza (luoghi di spaccio, disponibilità della sostanza, altri) e dell'assetto psico-patologico dei soggetti (caratteristiche di personalità, patologie psichiatriche). In altre parole, il trattamento potrebbe avere efficacia diversa in soggetti che vivono in luoghi con scarsa o elevata disponibilità della sostanza. Per scopo di studio ODAS appare congruo, in grado di valutare caratteristiche di popolazione ed eventuali criticità del trattamento. In ogni caso la somministrazione di ODAS risulta efficace nel rimodellare il rapporto operatore/utente che nei trattamenti a lungo termine può scadere in una routine priva di stimoli e sempre meno attenta alle esigenze dei soggetti che mutano con il cambiamento degli stili di consumo.

57

ASPETTI PSICOLOGICI E PSICOPATOLOGICI NELLA PATOLOGIA DA GAMBLING, ANALISI DI UN CAMPIONE DI SOGGETTI AFFERENTI ALL'AMBULATORIO "GAMBLING E NEW ADDICTION" DEL D.D.P DELLA ASL DI TARANTO

Taddeo M.*, Ariano V.**, Lavia G.***, Simeone V.****
 *Psicologo D.D.P. ASL TA,
 **Medico Resp. Sez. Dipart. Martina Franca D.D.P ASL TA,
 ***Psicologa Specializzanda D.D.P. ASL TA,
 ****Direttore D.D.P. ASL TA

Area Tematica: Gambling

INTRODUZIONE

Il Gambling è una forma d'intrattenimento antichissima risalente, lungo la linea del tempo, fino alle popolazioni degli Assiri e dei Sumeri nel 3600 ac. Da sempre è stato considerato emblema dell'evasione dello spirito, luogo fantastico e alternativo alla realtà governato dalle leggi del divertimento, vera e propria "oasi della gioia". La lingua italiana utilizza unicamente il termine "gioco" laddove l'inglese distingue tra "play", ossia il gioco con regole dove conta l'abilità del giocatore, e "gambling", ossia il gioco basato sulla ricompensa e sulla fortuna. Il gioco d'azzardo va naturalmente assimilato al secondo termine essendo un gioco in cui un ruolo determinante è svolto dall'alea. Il Gambling rimane un fenomeno di difficile classificazione, l'unica attualmente "ufficiale" che è quella del DSM-IV, che lo inserisce tra i "disturbi del controllo degli impulsi non classificati altrove".

AMBULATORIO GAMBLING E NEW ADDICTION

Il Dipartimento delle Dipendenze Patologiche della Asl di Taranto, propone un modello di intervento che integra un approccio "clinico" e un approccio "di rete" con la costituzione a partire dal 2005 di un "Ambulatorio per il GAP e le New Addiction" presso il Ser.T di Taranto. L'équipe che opera nell'ambulatorio è formata da Medico, Psicologo, Assistente Sociale con la supervisione del Direttore del D.D.P. L'ambulatorio offre, gratuitamente e in forma riservata, trattamenti terapeutici multidisciplinari rivolti sia all'individuo che formula una richiesta d'aiuto, che al contesto familiare. L'approccio terapeutico adottato è quello multimodale integrato psico-medico-sociale; riconosciuto come intervento specifico per le dipendenze da sostanze e comportamentali con integrazione tra le diverse professionalità che portano avanti l'intervento terapeutico; (psicologo, medico, assistente sociale);

integrazione tra i diversi Servizi che, si possono occupare di questi pazienti (Sert, Salute Mentale, Servizio Sociale, ecc.); integrazione tra il Servizio Pubblico e il Privato Sociale, i gruppi di Giocatori Anonimi, i Gam Anon e le Comunità Terapeutiche.

OBIETTIVI

Il presente lavoro, attualmente in una fase preliminare, nasce dalla riflessione sugli aspetti psicologici e psicopatologici e sulle caratteristiche di personalità emerse dall'analisi di un campione di 20 soggetti relativi ad un'utenza di n°50 soggetti, che da gennaio 2005 a settembre 2010, si è rivolta al nostro Ambulatorio. L'utenza è rappresentata da 46 soggetti con diagnosi primaria di gioco d'azzardo patologico e 2 soggetti con sex-addiction. Il profilo medio del nostro utente giocatore è maschio (46 uomini e 4 donne), coniugato, con un'età media di 40 anni, lavoratore dipendente, ha iniziato a giocare in adolescenza ma il passaggio al gioco problematico è avvenuto intorno ai 26 anni per ciò che concerne il tipo di gioco si tratta di scommesse per il 41%, slot-machine 31%, gratta e vinci 20%, bingo 2%, internet 4%, casinò 2%.

MATERIALI E METODI

La presa in carico del paziente nella fase di osservazione e diagnosi avviene con la somministrazione del SOGS ed una valutazione psicodiagnostica effettuata con il colloquio clinico e il test di personalità MMPI2 dell'OS, in seguito a tale valutazione si è formulata una diagnosi psicologica di personalità a cui è seguito un trattamento psicologico di sostegno nel 40% dei casi, una psicoterapia individuale nel 29%, una psicoterapia di coppia nel 18% e familiare nel 13% dei casi.

RISULTATI E CONCLUSIONI

Tutti i giocatori presentano una diagnosi di Gioco d'Azzardo Patologico secondo il DSM IV, dallo studio è emerso un quadro generale di funzionamento psichico della personalità di tipo "borderline" con instabilità pervasiva dell'umore, presenza di un Io fragile a cui il gioco sembra fare da stampella per acquisire valore e potere così come la sostanza fa con il tossicodipendente, instabilità dell'umore, delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé, dell'identità e del comportamento.

E' possibile utilizzare la definizione "Borderline" di Cancrini (2006), relativa ad un livello borderline di funzionamento psichico della mente che resta per così dire nel repertorio di base di ognuno e che può essere riattivato in relazione ad un livello di soglia variabile individualmente in conseguenza a particolari eventi critici. Si tratta di una regressione e pertanto reversibile, come testimonia il lavoro psicoterapeutico individuale e familiare.

Tratti antisociali dove il comportamento appare caratterizzato da rabbia e risentimento, da episodi di acting-out, alternati a posizioni di incertezza psicastenica rispetto alla decisioni.

Altre caratteristiche presenti nel campione sono l'impulsività: intendendo per impulsi pensieri o azioni stereotipati e ripetitivi "non legati all'ansia", ma ad uno

stimolo provocativo di tipo sensoriale o cognitivo e la cui esecuzione è fonte di piacere (egosintonia); L' Alessitimia ossia un deficit della sensibilità emotiva ed emozionale, palesato dall'incapacità di percepire, riconoscere e descrivere verbalmente i propri e gli altrui stati d'animo; Tratti di depressione e ansia, rimarginazione, sensazioni di impotenza e di vuoto, possibili pensieri suicidari. Una visione del sé come inadeguato e infelice Scarsa fiducia in un se stessi e bassa autostima. Labilità e debolezza dell'Io Alterazioni del tono dell'umore con oscillazioni tra l'eccitazione ipomaniacale e la tristezza depressiva. La caratteristica di personalità ricorrente è il "sensation-seeking" ossia la tendenza a ricercare il rischio e le esperienze eccitanti. Tale tratto di personalità è correlato alle differenze inter-individuali del sistema "arousal", in particolare al suo livello basale di funzionamento ed al suo livello di reattività agli stimoli ambientali. La presenza frequente di disturbi somatici vaghi e di natura ipocondriaca, tensione, ansia e fatica. Infine è stato possibile osservare che nei soggetti con gioco sociale o anche problematico la tendenza ad una modalità di gioco patologico si attiva in seguito ad esperienze di tipo traumatico.

Tra questi, eventi di tipo luttuoso, fasi critiche del ciclo vitale come la perdita del lavoro o un pensionamento anticipato, oppure malattie più o meno invalidanti, ovvero la perdita di aspetti importanti ai fini del mantenimento dell'autostima e di una buona immagine di sé.

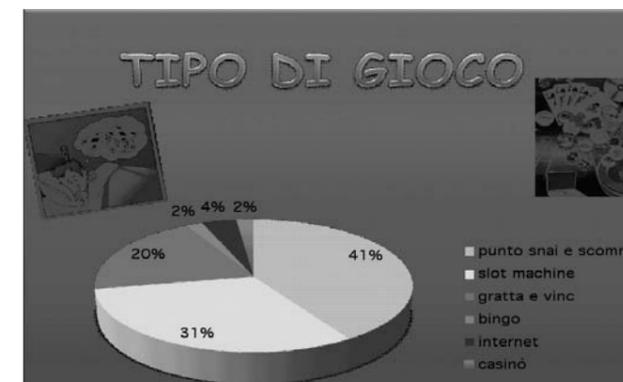
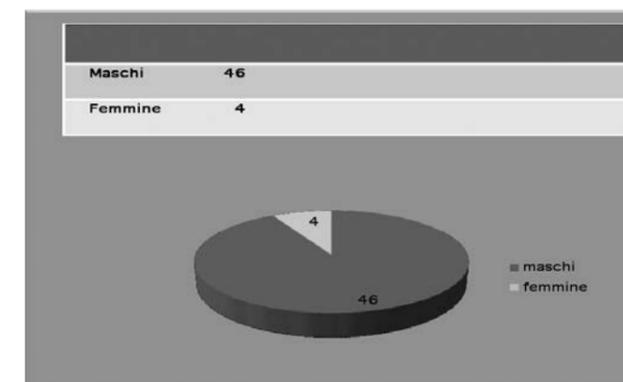
CONCLUSIONI

Lo studio è ancora in una fase iniziale per cui sarà necessario allargare il campione di riferimento e stabilire delle correlazioni tra il campione di giocatori, il campione normativo italiano e il campione di tossicodipendenti del Ser.T.

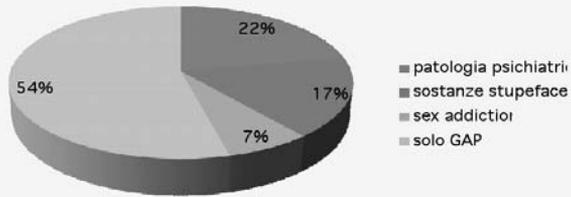
I dati sinora ottenuti sembrano confermare le caratteristiche emerse dalla letteratura scientifica.

BIBLIOGRAFIA

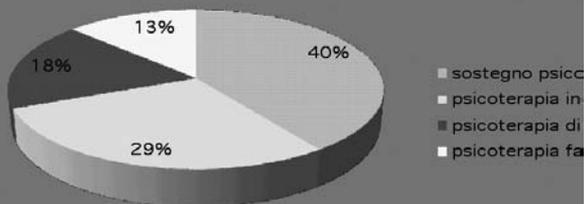
Biganzoli A., Capelli M, Capitanucci D., Smaniotto R., Alippi M. (2004), *Indagine sui comportamenti di gioco d'azzardo in provincia di Pavia*, Casa Ed. Dream Gavirate (VA).
 Croce M 2001, "Il gioco d'azzardo tra normalità e patologia", in Capitanucci, D., Marino V. (a cura di), *La vita in gioco? Il gioco d'azzardo tra divertimento e problema*, Franco Angeli, Milano.
 Cancrini L. "Schiavo delle mie Brame, storie ddi gioco d'azzardo e nuove....."
 Fink, E. (1957). "Oasi della gioia. Idee per un'antologia del gioco" (trad. it Salerno: edizioni 10/17, 1986).
 MMPI-2 Adattamento italiano. Manuale, O.S., Firenze
 Guerreschi C. *Il Gioco d'Azzardo Patologico "Liberati dal gioco patologico e dalle altre nuove dipendenze"* Edizioni Kappa

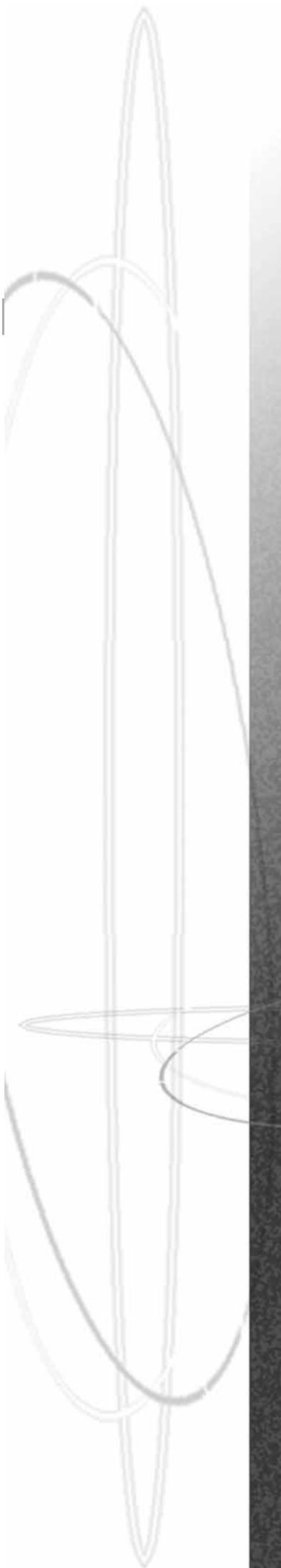


COMORBILITA'



TRATTAMENTO PSICOLOGICO PSICOTERAPEUTICO





FeDerSerD

